



טופס הסכמה: ניתוח להגדלת שדיים

BREAST AUGMENTATION WITH BREAST IMPLANT

ניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי. הגדלת שדיים מבוצעת באמצעות הכנסת תותב. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____ שם האב _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על ניתוח להגדלת שדי ימין/שד שמאל/שני השדיים*.

באמצעות הכנסת תותב/ים מסוג _____

בנפח _____

דרך חתך תת שדי/סביב העטרה/בבית השחי* אחר _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הגדלת השדיים. כמו כן הוסבר לי שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי התותב ואחוזו הקרע הספונטני במעטפת. במקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת התותב.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, הזדקרות קבועה של הפטמות ושינויים בתחושה בפטמות. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור החתיכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכויים האפשריים לרבות: דימום, זיהום ואסימטריה בין השדיים. כמו כן הוסברה לי האפשרות של סיבוכים הקשורים בתותב לרבות דליפה או קרע במעטפת התותב וכן פליטה או דחיה של התותב שיצריכו ניתוח להוצאתו, התקשות קופסית התותב והתכווצותו וכתוצאה מכך אי נוחות, כאב, ועיוות צורת השד/הפטמה עד כדי צורך בהוצאת התותב. הובהר לי שעד היום לא הוכח באופן חד משמעי הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכמו כן הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות).

כן הובהר לי שהכנסת התותב פוגמת ביכולת האבחון והזיהוי של גידולים בבדיקות שד.

הוסבר לי הצורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיכויים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הניתוח יהיה*.

שם הרופא

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה)

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעת כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה

חתימת הרופא/ה

מס' רשיון

*מחקר/ את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.

**מלא /י במקרה של חולה פרטית.

