



## טופס הסכמה : ניתוח מתיחת פנים FACELIFT

הניתוח הינו קוסמטי ומיועד למתוח את עור הפנים והצוואר ולהסיר עודפי שומן באזור הפנים. הניתוח אינו עוצר את תהליכי הזדקנות העור. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על ניתוח מתיחת פנים ועל האזורים המתוכננים למתיחה. הוסברו לי הגישות הניתוחיות המקובלות והגישה הניתוחית שנבחרה. לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: מתיחת הפנים – צוואר/מתיחת המצח /תיקון העפעפיים/ביצוע קילוף סביב הפה\*.

פעולה נוספת – פרט \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח וכן האפשרות שתוצר אסימטריה בפנים. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב ואי נוחות, נפיחות ניכרת ומתיחה יתרה של הפנים, והפרעות בתחושה שיחלפו לאחר פרק זמן.

הוסבר לי שבכל מקרה תיוותרנה צלקות באזור החתכים. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הובהרו לי הסיכוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירה של שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים וחסר שיער באזורי הצלקות. כמו כן יתכנו פגיעות עצביות המתבטאות בשיתוק, עד כדי אסימטריה של הפנים, ו/או פגיעה תחושתית. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/ה 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 והסיכוכים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לחומרי הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה.

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

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של 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 \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא / \_\_\_\_\_ חתימת הרופא / \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

\*מחק /י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.  
\*\*מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת.

