



# טופס הסכמה: ניתוח קוסמטי של האוזניים OTOPLASTY

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנח אפרכסות האוזניים, או לצורך תיקון קוסמטי אחר. 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 קבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על ניתוח קוסמטי באוזן ימין/אוזן שמאל/שתי האוזניים\*. פרט מהות הניתוח \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח לרבות האפשרות של אסימטריה בין האוזניים ו/או חזרת האוזן למצבה הקודם. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ושינויי תחושה בעור האפרכסת. הוסבר לי שחתי הניתוח מתבצעים בחלק הקדמי או האחורי של עור האפרכסת ובסחוס האפרכסת עצמם ובכל מקרה תותרנה צלקות בחתכי הניתוח. במקרים בהם יורחק סחוס מהאפרכסת, תתכן היווצרות קפל עור בקדמת האפרכסת. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום עד כדי אבדן עור ו/או סחוס, פעירה של שולי החתכים, וחוסר תחושה בעור האפרכסות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת אפשרות שבמהלך 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 מסכים/ה 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 והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים 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/ת ומסכים/ה 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/ה

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

שם האפוסטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

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

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

\*מחקי את המיותר והקחי/י בעיגול את המתוכנן.  
\*\*מלאי במקרה של חולה פרטי/ת.

