



נ.א.ר.א
מדיקל סנטר

טופס הסכמה ניתוח לתיקון גינקומסטיה

(הקטנת שדיים בגבר)

מדבקה

ניתוח להקטנת שדיים בגבר הינו בעיקר ניתוח קוסמטי, ולעיתים מתבצע בשל צורך רפואי. הניתוח כולל הסרה של עודפי רקמת שד, שומן דרך העטרה, ולעיתים גם עודפי עור. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או בהרדמה מקומית עם הרגעה עמוקה.

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח להקטנת שד ימין שד שמאל שני השדיים (להלן: "הניתוח עיקרי").

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח וכן מגבלותיו לרבות איסמטריה בין השדיים, הוסבר לי, שלעיתים תבוצע שאיבת שומן בלבד דרך הפתחים, שימוקמו בצידי גבול העטרה והעור/קו בית שחי קדמי, השאיבה תבוצע באזור השד, וייתכן שעד קו עצמות הבריח, עצם החזה וקו בית השחי האחורי. שאיבת השומן עשויה להיות הפעולה היחידה או הנלווית אל כריתת רקמת השד, שתחייב הרחבת החתך לרוב המחצית התחתונה של העטרה.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות כאב, שינויים בצורה או/ו תחושה בפטמות ואי נוחות, בחילות והקאות, היות שמדובר ברקמות רכות, שלא ניתן לשלוט באופן מלא לא על צורת השד ולא על גודלו הסופי, ועיקר לא ניתן לנבא את מידת כיווץ העור.

הוסבר לי שבכל מקרה עלולה להוות צלקת בחצי היקף התחתון של גבול העטרה והעור, ובמקרים בהם נדרשת הסרת עודפי עור תיוותרנה צלקות נוספות. הוסבר לי, שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו, ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות או קלואידיות (בולטו, אדומות ומגודות למשך כל החיים) כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, הצטברות דם בחלל התת שדי העלולה להצריך ניקוז באמצעות פתיחת תפרים, זיהום, פעירת שולי החתכים, הישארות עודפי עור ובעתיד אפשרות הסרתם, פגיעה בתחושת הפטמות, פטמות שקועות ואפשרות להתפתחות נמק חלקי או מלא של הפטמה והעטרה או של צחלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רחוקות, תהתערבות ניתוחית.

במקרים של שאיבת שומן, בנוסף לסיבוכים הקודמים ייתכנו: נפיחות רקמות, אי סדירות של העור בעתיד, שינויים בגוון העור ובמקרים נדירים - תסחיף שומני או פגיעה בריאה וקשיי נשימה וסיבוכים נוספים שלא ניתן לפרטם.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח/ת יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכים לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה מפלסטית בפר, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע חלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח/ת מתחייב/ת לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה, אולם, הובהר לי כי מלא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול, כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

המידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייב להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, מלהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירת.י.

תאריך: _____ שעה: _____ חתימת החולה: _____

שם האפוסטרופוס _____ 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 הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רשיון _____

מרכז רפואי - נ.א.ר.א. - רחוב ז'בוטינסקי 155, פינת בן גוריון רמת גן, בית נח, טלפון: 03-7557111