

טופס הסכמה הקטנת שפתי הפות

מדבקה

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו/או רפואיות של השפתיים הקטנות בפות.

הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה או בהרדמה אזורית אך בהרדמה כללית.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם החולה:

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט מפרופי/ד"ר:

שם פרטי

שם המשפחה

על ניתוח לתיקון קוסמטי לקיצור של השפתיים הקטנות (להלן: הניתוח העיקרי). הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המיקרה כולל הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מאלה. הוסברו לי התוצאות המקוות והמגבלות של יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים קיצור השפתיים לא ישיג את התוצאות הרצויות ו/או שתתבטא בהתכווצות לא אחידה של העור במקום הניתוח ואיסמטריה של השפתיים או ברקמת צלקת רבה, קלואידלית, והופעת גומות או בליטות באיזור הניתוח עד הצורך בניתוח נוסף. הצלקות תלויות בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי בניתוח ולאחריו כולל כאב, אי נוחות ושינויים חולפים או קבועים בתחושת העור במקום הניתוח. בנוסף יתכן דימום, זיהום ונזק לעור במקום הניתוח.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבינה 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 לצפותן כעת או בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי נ.א.ר.א. מדיקל סנטר 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 והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה והסיכונים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה שעלול לגרום לעיתים נדירות להפרעות בנשימה ובפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולים במערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הטיפול הניתוח בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

חתימת החולה:

שעה

תאריך

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

אני מאשרת/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.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא המנתח