

טופס הסכמה לניתוח אף – RHINOPLASTY

מדבקה

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו/או לשפר את מעבר האוויר, הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה הכללית.

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 ניתוח אף לצורך תיקון קוסמטי ו/או לצורך שיפור מעבר האוויר

לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: ישור המחיצה הרחקת טורבינות תיקון אסתטי פרט פעולות מתוכננות: _____

(להלן: "הניתוח עיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בנייתו, הקשורות, בין השאר, במבנה אפי, טיב העור המכסה את האף וגילי, וממצאים בלתי צפויים שיתגלו במהלך הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אינוחות, נפיחות חיצונית ופנימית, עד כדי קושי בנשימה, ושטפי דם תת-עוריים. הוסבר לי כי בכל מקרה של ניתוח הנחיריים יוותרו צלקות בבסיס הנחיריים, הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום, זיהום, נקב במחיצת האף, הפרעות בחוש הריח, נזלת וקושי בנשימה לתקופה ממושכת. כמו כן, יתכן נזק לרקמות עמוקות כמו שרירים וצינור הדמעות ואסימטריה במבנה האף. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקוט הליכים 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/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורדית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והתגובות האפשריות של שימוש בחומרי הרגעה, שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה והפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי פרופ' ד"ר: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

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