

טופס הסכמה לניתוח הגדלת שדיים WITH BREAST IMPLANT BREAST AUGMENTATION

מדבקה

ניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, הגדלת שדיים מבוצעת באמצעות הכנסת תותב, הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה או בהרדמה כללית.

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח להגדלת שדיים שד ימין שד שמאל שני שדיים באמצעות הכנסת תותב/ים מסוג: _____

בנפח: _____ דרך חתך תת שדי/סיבי העטרה/בבית שחי אחר _____ (להלן: "הניתוח עיקרי").

הוסבר לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הגדלת השדיים, כמו כן הוסבר לי שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי התותב ואחוזי הקרע הספונטני במעטפת. במקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בנייתו נוסף להחלפת התותב. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואינחוחות. הזדקרות קבועה של הפטמות ושינויים בתחושה בפטמות, הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור החתכים, צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואדיות.

כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, ואסימטריה בין השדיים, כמו כן הוסברה לי האפשרות של סיבוכים הקשורים בתותב לרבות דליפה או קרע במעטפת התותב וכן פליטה או דחייה של התותב שיצריכו ניתוח להוצאתו, התקשות קופסית התותב והתכווצותו וכתוצאה מכך אי נוחות, כאב ועיוות צורת הפטמה עד כדי צורך בהוצאת התותב, הובהר לי שעד היום לא הוכח באופן חד משמעי הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכמו כן, הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). כן הובהר לי שהכנסת התותב פוגמת ביכולת האבחון והזיהוי של גידולים בבדיקות שד. הוסבר לי הצורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי ואני מבינה 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 נוספות, שלדעת רופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקת תוך ורדית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות 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, ייתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי פרופ'/ד"ר: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש) _____

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.

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רשיון _____