



טופס הסכמה לניתוח הרמת שדיים – MASTOPEXY



הניתוח הינו קוסמטי, הניתוח יכול להתבצע בשילוב עם החדרת תותבים כדי להגדיל את נפח השדיים, 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 שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח להרמת שדיים דרך חתך תת שדי סביב העטרה בבית השחי אחר _____ עם/בלי החדרת תותב/ים. מסוג: _____ בנפח: _____ (להלן: "הניתוח עיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי-נוחות. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור החתך/ים, צורת הצלקות שתוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, שינויים בתחושת הפטמות והעור היכולים להיות זמניים או קבועים, פעירה של שולי החתך/ים, נמק של העור ו/או עטרה ו/או של הפיטמה ו/או רקמות עמוקות ואסימטריה של החזה. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים במקרה של השתלת תותב, לרבות דלפיה או קרע במעטפת התותב, וכן פליטה או דחייה שיצריכו ניתוח להוצאתו, התקשות קופסית התותב והתכווצותו, וכתוצאה מכך אי נוחות וכאב, ו/או עיוות בצורת השד. הובהר לי, שעד היום לא הוכח, באופן חד משמעי, הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכן הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). כמו כן, הובהר לי שהתותב עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד. הוסבר לי שבמידה ויעשה שימוש בתותב, יהיה צורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה. 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 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 נארא יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת 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, 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 יינתן לי הסבר העל ההרדמה על ידי המרדים. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי פרופ' ד"ר: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רשיון _____