

## טופס הסכמה לניתוח מתיחת בטן – ABDOMINOPLASTY

מדבקה

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי באמצעות הסרת עודפי עור ושומן מאזור הבטן, לעיתים יהיה צורך במתיחה של מעטפת שריר הבטן שנחלשו. הניתוח מבוצע בהרדמה אזורית או כללית.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על ניתוח מתיחת הבטן (להלן: "הניתוח העיקרי"), והוסבר לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, וכן שיתכנו מקרים בהם לא תושג בטן חלקה וישארו עודפי עור ושומן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי היסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, נפיחות, ואובדן תחושה זמני בעור. הוסבר לי בכל מקרה תוותרנה צלקות בשיפולי הבטן. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם יכולות להתפתח צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירת שולי החתכים, פגיעה בתחושת בעור, חוסר סימטריה של הבטן, סרומה (נסיוביות) ובמקרים נדירים נמק בשולי התפרים. בנוסף ייתכן שינוי במיקום הטבור ו/או עיוות צורת (UMBILICUS)

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 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/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית או אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו על ידי פרופי/ד"ר: \_\_\_\_\_ בהתאם לנהלים ולהוראות.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת החולה \_\_\_\_\_

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