**N.A.R.A. MEDICAL CENTER**
OPERATION ROOM
BAIT NOAH JABOTINSKY 155-157 RAMAT - GAN
TL: 03-7557111 FAX: 03-6131760

נ|א|ר|א
מרכז רפואי

**מרכז רפואי – נ.א.ר.א.**
חדר ניתוח
בית נח ז'בוטינסקי 155-157, פינת בן גוריון רמת גן
טל: רב קווי 03-7557111 פקס: 03-6131760

# טופס הסכמה לניתוח מתיחת פנים FACELIFT

מדבקה

הניתוח הינו קוסמטי ומיועד למתוח את עור הפנים והצוואר ולהסיר עודפי שומן באזור הפנים, הניתוח אינו עוצר את תהליכי הזדקנות העור 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 למתיחת פנים ועל האזורים המתוכננים למתיחה. הוסברו לי הגישות הניתוחיות המקובלות והגישה הניתוחית שנבחרה, לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: מתיחת הפנים-הצוואר/מתיחת המצח/תיקון העפעפיים/ביצוע קילוף סביב הפה.

פעולה נוספת-פרט: _____

_____ (להלן:"ניתוח עקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח וכן האפשרות שתווצר אסימטריה בפנים.
הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב ואי־נוחות, נפיחות ניכרת ומתיחת יתרה של הפנים, והפרעות בתחושה שיחלפו לאחר פרק זמן.

הוסבר לי שבכל מקרה תיוותרנה צלקות באזור החתכים, הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הובהרו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירה של שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים וחסר שיער באזורי הצלקות. כמו כן, יתכנו פגיעות עצביות המתבטאות בשיתוק, עד כדי אסימטריה של הפנים, ו/או פגיעה תחושתית.

אני נותן/נת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי ואני מבין/ה 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 לצפותן 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 רופאי בית החולים יהיו חיוניים 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 ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת 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 _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה 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