

טופס הסכמה לניתוח קוסמטי של האזניים – OTOPLASTY



הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנח אפרכסות האזניים או לצורך תיקון קוסמטי אחר.
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 כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח קוסמטי באוזן ימין/שמאל/שתי אוזניים*, פרט מהות הניתוח: _____

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח לרבות האפשרות של אסימטריה ו/או חזרת האוזן למצבה הקודם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ושינוי תחושה בעור האפרכסת, הוסבר לי שחתיכי הניתוח מתבצעים בחלק הקדמי או האחורי של העור האפרכסת ובסחוס האפרכסת עצמם ובכל מקרה תוותרנה צלקות בחתיכי הניתוח במקרים בהם יורחק סחוס מהאפרכסת, תתכן היווצרות קפל עור בקדמת האפרכסת. הוסברו לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן, הוסברו לי על הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום עד כדי אובדן עור ו/או סחוס, פעירה של שולי החתכים וחוסר תחושה בעור האפרכסת.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/נה, 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 מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת הרופא 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 על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו על ידי פרופי/ד"ר: _____ בהתאם לנהלים ולהוראות.

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.

שם הרופא _____ חתימה _____ מסי רשיון _____