



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם משפחה:	שם פרטי:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:	טלפון:	
מדבקת פרטי מטופל			

טופס הסכמה: ניתוח 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.ד. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על ניתוח להרמת שדיים דרך חתך תת שדי/ סביב העטרה/ בבית השחי * אחר _____ עם/בלי* החדרת

תותבים

מסוג _____ בנפח _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניגוח. אני מצהירה 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: דמום, זיהום, שינויים בתחושת הפטמות והעור היכולים להיות זמניים או קבועים, פעירה של שולי החתך/ים, נמק של עור ו/או עטרה ו/או פיטמה ו/או של רקמות עמוקות ואסימטריה של החזה. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים במקרה של השתלת תותב, לרבות דליפה או קרע במעטפת התותב, וכן פליטה או דחיייה 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 רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית 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 מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח

יהיה**

שם הרופא/ה

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הביק/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן **מלא/י במקרה של חולה פרטית

יחזת כירורגיה פלסטית

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית

