

הסכמה לניתוח הקטנת שדיים

ניתוח להקטנת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, אם כי לעיתים, נעשה מסיבות רפואיות כדי להקטין את העומס על עמוד השדרה ובית החזה. הקטנת שדיים מבוצעת באמצעות הרמה של הפטמה והסרה של עודפי עור ושומן. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח להקטנת שד ימין/שד שמאל/שני השדיים). *להלן: "הניתוח העיקרי"

הוסבר לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הקטנת השדיים.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, בחילות והקאות, הזדקרות קבועה של הפטמות, שקיעה קבועה של הפטמות, ושינויים בתחושה בפטמות לרבות אובדן תחושה תמידי.

הוסבר לי שבכל מקרה תותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הרפיון שלו. יש מקרים בהם תפתחנה צלקות כהות, רחבות ומסוערות, ו/או קלואידים (צלקות אדומות, ומגרדות למשך כל משך החיים).

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום (העלול לחייב במקרים נדירים, התערבות דחופה כדי לעצור), זיהום, פתיחה של התפרים, חוסר תחושה, עודף תחושה, או אף נמק חלקי או מלא של הפטמות, ושל חלקים מעור השד. תתכן אסימטריה בין השדיים. כמו כן הובהר לי שניתוח שד עלול לפגום ביכולת ההנקה וביכולת האבחון והזיהוי של גידולים בבדיקות שד' יתכנו גושים נמושים בשדיים ובמקרים נדירים אף מוות. הוסבר לי הצורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה. הוסבר לי כי הניתוח לא עוצר את

תהליכי ההתבלות הטבעי של הגוף וכי הניתוח לא עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של השד.

ידוע לי כי שינויים קיצוניים במשקל, הריון, לידה והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצניחה של השדיים. כמו כן, הוסברה לי משמעות ניתוח הקטנה של השד ואני מבינה שהוא כרוך בצלקות ולמרות זאת, אני

מעוניינת בו. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית 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. כמו כן,

הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. במידה ויהיה צורך בהרדמה

אני נותנת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. הוסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה 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 שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או

במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשרת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____
תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה: _____
תאריך: _____ שעה: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____
