

טופס הסכמה: ניתוח הרמת מצח/גבות

מטרת הניתוח הינה להרים את הגבות למנחן הטבעי, הניתוח מבוצע באמצעות הסרת עודפי עור דרך חתך בקו הקדמי של השיער, או מספר סמ' מאחורי קו זה, ולעיתים דרך חתכים במצח עצמו או מעל הגבות. לעיתים הגישה הינה דרך חתכים באזורי הרקות או שיש שמוש בתפרים או באביזרים אחרים כדי למקם גבוה יותר את הרקמות. בחלק מן השיטות מבטלים פעולתם של חלק מן השרירים, כדי להפחית את כמות הקמטים במצח.

שם המטופל/ת: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____

על ניתוח הרמת המצח והגבות, להלן "הניתוח העיקרי" (פרוט השיטה: _____).

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים, יובש בעניים, שריטה כואבת בקרנית, דמעת, שטפי דם תת עוריים, כתמים בעור, נפיחות, חוסר תחושה, ובהמשך תחושת יתר, תחושת גרד, וחולשה של עצב הפנים, כמו גם בחילות והקאות. כמו כן הוסבר לי כי הצלקות תיראינה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תשטטשנה. ידוע לי כי תמיד ניתן יהיה לראות צלקות באזורי החתכים, וכי צלקות אלה עלולות להיות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרות לצמיתות) או רחבות ומכוערות, וטיבן קשור לסוג העור שלי ויכולת הריפוי שלו. הוסברו לי השיטות השונות המקובלות לביצוע ניתוח זה, והשיטה שנבחרה לביצוע.

הוסברו לי התוצאות המקוות והמגבלות, של יכולת התיקון בניתוח זה כמו גם האפשרות שתיווצר אסימטריה של החלק העליון של הפנים.

כמו כן הובהרו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום (חיידקי או ויראלי – הרפס), פעירת שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים, וחוסר שיער באזור הצלקות, ציסטות בצלקות, שינוי במפתח העין, משיכת העפעף, כאב כרוני, חולשה זמנית או קבועה של עצב הפנים, שינוי בצורת ההבעה של הפנים, עד כדי אסימטריה של הגבות והפנים, ו/או פגיעה תחושתית, ולעיתים רחוקות, דימום אשר יצריך נתוח דחוף לעצירת הדימום, וכאב כרוני.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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

כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין 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 מסכים 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 שייגרם 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 מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך: _____ שעה: _____
אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתך.

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: _____