

טופס הסכמה לתיקון אסימטריה בחזה

יש לקבל מהרופאה הנחיות לגבי הטפסים הרלוונטים לחתימה

טופס הסכמה: ניתוח הרמת שדיים MASTOPEXY

הניתוח הינו קוסמטי, וכולל הרמת הפטמה והסרה של עודפי עור. לעיתים, הניתוח יכול להתבצע בשילוב עם החדרת תותבים כדי להגדיל את נפח השדיים.

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, ולעיתים, בהרדמה מקומית + הרגעה עמוקה.

שם המטופל/ת: _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____

על ניתוח להרמת שדיים _____ עם/בלי החדרת תותבים מסוג _____
בנפח _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי-נוחות, בחילות והקאות, ושטפי דם.

הוסבר לי שבכל מקרה תותרנה צלקות באזור החתך/ים. צורת הצלקות שתותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות ומכוערות, או צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, שינויים בתחושת הפטמות ובצורתן, וכן בעור היכולים להיות זמניים או קבועים, תחושת גושים, פעירה של שולי החתך/ים, נמק של עור ו/או עטרה ו/או פיטמה ו/או של רקמות עמוקות ואסימטריה של השדיים. 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 דחייה שיצריכו ניתוח להוצאתו, התקשות קופסית התותב והתכווצותו, וכתוצאה מכך אי נוחות וכאב, ו/או עיוות בצורת השד/פיטמה, עד כדי צורך בהוצאת התותב.

הובהר לי, שעד היום לא הוכח, באופן חד משמעי, הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכן הקשר עם תופעות ריאומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות).

כמו כן, הובהר לי שהניתוח עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, ויש סיכוי סביר לאובדן יכולת ההנקה. הוסבר גם שהניתוח איננו עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של השד, וידוע הוא ששנויים במשקל הגוף, הריון לידה והנקה משנים את צורת השדיים ועלולים לזרז את צניחתם.

הוסבר לי שבמידה ויעשה שימוש בתותב, יהיה צורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה.

אני נותנת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה, או בהרדמה כללית שההסבר עליה 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 מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים 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 מאשרת/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____

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 הריפוי שלו. יש מקרים בהם תפתחנה צלקות כהות, רחבות ומכוערות, 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 לעצרו), 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 שהוסבר 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. הסבר 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 מאשרת/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____

הסכמה לניתוח הגדלת שדיים במשתלי סיליקון ג'ל

הניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי (ולעיתים כחלק משחזור השדיים). ההגדלה מבוצעת ע"י הכנסת משתל סיליקון המכיל בתוכו סיליקון ג'ל. הניתוח מבוצע בעזרת חומרי הרגעה והרדמה מקומית או בהרדמה כללית.

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____

אני החתומה מטה מבקשת מד"ר _____ לבצע בי ניתוח של הגדלת שד/שחזור שד ימין/ שמאל/ שני השדיים ע"י משתלי סיליקון. נפח המשתל _____ סוג המשתל _____ החתך דרכו יוחדר המשתל _____

הנני מצהירה בזאת כי קבלתי מהרופא המנתח הסבר מפורט בע"פ על התוצאות המקוות, המגבלות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בבצוע ניתוח זה. הוסבר גם שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי המשתל, ואחוזי הקרע הספונטאני של המעטפת. הוסבר שבמקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת המשתל.

הנני מסכימה לבצוע הרדמה מקומית או כללית בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים והנני מצהירה שהוסברו לי הסיכונים הסבירים הקשורים בכל סוג של הרדמה.

הנני מצהירה שהוסבר לי ואני מבינה שלא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של הניתוח. היות ובני האדם אינם זהים מבחינת המבנה האנטומי ותכונות הרקמות, התגובה לניתוח, ויצירת הצלקות עלולה להיות שונה ממטופל אחד למשנהו. ידוע לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות במקום החדרת המשתלים, ולחלק מן האוכלוסיה יש נטייה לפתח צלקות רחבות ומכוערות או קלואידיות העלולות לגרום רגישות, גרד, אי נוחות, ומראה בלתי אסתטי. תגובה שונה בין אדם אחד לשני עלולה להיות גם בעקבות החדרת משתלים שונים כגון: סיליקון ג'ל או לאחר לקיחת תרופות. היות ומדובר כאן בגורמים שלמנתח אין עליהם שליטה מלאה, תוצאת הניתוח עלולה להיות שונה מאחד לשני. לכן אני מבינה שגם את תגובתי שלי לניתוח ולסיבוכים שצוינו לעיל אין אפשרות לצפות במדויק, לכן אני מצהירה שלא ניתנה לי אחריות או הבטחה בדבר התוצאה של הניתוח שאותו אני עומדת לעבור.

אני מבינה שבכל ניתוח עלולים להיות סיבוכים בלתי רצויים כגון: זיהומים, שיחייבו טיפול אנטיביוטי אגרסיבי, ובמקרים של כשלון הטיפול יהיה צורך להוציא את המשתל המזוהם, או פתיחת תפרים, כאבים חזקים, אי נוחות, הזדקרות קבועה של הפטמות, ושינויים בתחושת הפטמות והשד כולו, ואסימטריה בין השדיים, כמו גם חדירה לבית החזה והריאות, העלולים להסתיים במוות. כמו כן יתכנו סיבוכים נוספים.

הנני מצהירה שידוע לי שקיימת בעיה של התכווצות קופסתית –דהיינו יצירת רקמה חיבורית נוקשה סביב המשתל, העלולה לגרום לכאב ולעיוות השד, ולעיתים, בלי יכולת לתקנו גם באמצעות ניתוח נוסף, דהיינו, ניתוח בו מוחלף המשתל ונכרתת הקופסתית הנוקשה.

ידוע לי שהתקשות זו מהווה תגובה פיזיולוגית של הגוף להשתלת גוף זר, ואינה מסוכנת בפני עצמה.

אני גם מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת המשתל. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל ו/או חספוס מעטפת המשתל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, ומחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון. יתכן ומשתל הסיליקון מעלה במידה קטנה, באחוז מסויים של נשים, את הסיכון לפתח מחלות ריאומטיות כמו פיברומיאלגיה או אחרות. כמו כן, קיים סיכון מוגבר במקצת, אצל נשים עם משתלי חזה, לחלות בלמפומה Non Hodgkins נדירה מסוג Anaplastic Large Cell Lymphoma ALCL. התופעה העיקרית במקרים אלו הייתה הצטברות נוזלים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשתלים. עליון לפנות למנתח שלך אם מתפתחים תסמינים יוצאי דופן הקשורים למשתלי השדיים שבגופך.

הובהר לי גם שהכנסת המשתל פוגעת במידה מסוימת ביכולת הזיהוי של גידולי שד, בעיקר בממוגרפיה.

ידוע לי כי שינויים קיצוניים במשקל, הריון, לידה, והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצניחת השדיים. כמו כן הוסברה לי מהות ניתוח להרמת השד, אני מבינה שהוא כרוך בהוספת צלקות, ועל כן, אינני מעוניינת בו. ידוע לי כי ההחלטה לגבי גודל המשתל הינה סופית, ושינוי הגודל אחר סיום הניתוח כרוך בניתוח נוסף. אני מאשרת שבדקתי את סוגי וגודל המשתלים השונים, וכי אני מסכימה להכנסת המשתל בעל הגודל שנבחר על ידי, בסיוע המנתח. הוסבר לי גם כן, שמשתלים אנטומיים עלולים להסתובב, ולא ניתן למנוע זאת מראש. ידוע לי והוסבר לי כי טיב הסיליקון ממנו עשוי המשתל שיושתל בגופי נעשה על פי מיטב הידע והמיומנות המקצועית הידועות היום אך אין בהם כדי להבטיח באופן מוחלט העדר תופעות בעתיד. אני יודעת שתוצאות הניתוח לא יישמרו למשך כל החיים והתהליך המתמשך של צניחת השד ימשיך.

אני יודעת שהוצאת משתל סיליקון עלולה להיות מלווה בסיכונים וסיבוכים המפורטים בטופס הסכמה להוצאת משתל שד המצורף לטופס הסכמה זה.

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 בחומרי הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני נותנת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שלעיתים הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. ההסבר 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 מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדוייק, 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 מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר/ת 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 השניה: _____
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: _____

הסכמה לניתוח הוצאת משתל שד

ניתוח להוצאת משתל שד מבוצע מסיבות רפואיות או אסתטיות. הניתוח מבוצע תוך שימוש בהרגעה והרדמה מקומית או בהרדמה כללית.

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____
אני החתומה מטה מבקשת מד"ר _____ לבצע בי ניתוח של הוצאת

משתל מ (להקיף): שד ימין/ שד שמאל/ שני השדיים.

אני מצהירה בזאת כי קבלתי מהרופא/ה המנתח/ת הסבר מפורט לגבי התוצאות המקוות, המגבלות, הסיכונים, הסיבוכים ודרכי הטיפול החלופיות הקשורים לביצוע ניתוח זה.

ידוע לי כי הוצאת הקופסית סביב משתל השד מגדילה באופן ממשי את הסיכון לסיבוכים, כמפורט בטופס הסכמה זה, בהשוואה להסרת משתל השד ללא הקופסית סביבו.

אני יודעת כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, לא מונעת או מפחיתה את הסיכון להתפתחות של מחלות אחרות הקשורות למשתל השד המפורטות בטופס הסכמה זה.

הוסבר לי כי בשום מקרה לא ניתן להבטיח הסרה בשלמות של משתל השד לרבות המעטפת שלו/או תוכנו .

אני יודעת כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, גורמת לירידה בנפח השד ועלולה להיות מלווה בהפרשה ממושכת, זיהום, פתיחת תפרים, כיב פתוח, דימום ותופעות לוואי נוספות שידרשו טיפול ממושך ו/או אשפוז ו/או טיפול או טיפולים כירורגים נוספים.

ידוע לי כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, תיצור ברוב המקרים עיוות קבוע בצורת השד, חוסר נוחות, כאבים וחוסר סימטריה קבועה בפטמות, בעטרות ובמבנה השד הכללי וכן רפיון של העור והדגשה של קפלים, קרעים ופגמים בעור השד.

ידוע לי כי תיקון עיוות כזה עלול לדרוש ניתוחים וטיפולים נוספים אשר כל אחד מהם יעשה בתשלום מלא.

ידוע לי כי הוצאת משתל השד ו/או הקופסית עלולה להיות מלווה בפגיעה באברים פנימיים לרבות ניקוב מעטפת הראה (חזה אוויר, פנאומוטורקס), פגיעה באברי נשימה אחרים, כלי דם ואברים פנימיים אחרים.

הוסבר לי כי ניקוב של הראה הוא מצב מסכן חיים העלול לדרוש הכנסת נקז בין צלעי, ניתוח ואשפוז בבית חולים.

הוסבר לי כי טיפול בסיליקון בקשריות לשד (בלוטות למפה) אזוריות או במקומות אחרים בגוף הוא ניתוח ו/או ניתוחים אחרים ואינו חלק מניתוח הוצאת משתל שד אליו מתייחס טופס הסכמה זה.

ידוע לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות במקום הוצאת המשתלים העלולות להיות שונות מהצלקות במיקום הכנסתם של המשתלים ותלויה בשיקולי המנתח בזמן הניתוח. ידוע לי כי יכולת הריפוי האישית גורמת לנטייה לפתח צלקות רחבות, מכוערות או קלואידיות (אדומות ומורמות) העלולות לגרום לרגישות, גרד, אי נוחות, ומראה מכוער קבוע וכי לא נתן לצפות זאת מראש.

אני מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת משתל השד. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל ו/או חספוס מעטפת המשתל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, ומחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון. יתכן ומשתל הסיליקון מעלה במידה קטנה, באחוז מסויים של נשים, את הסיכון לפתח מחלות ריאומטיות כמו פיברומיאלגיה או אחרות. כמו כן, קיים סיכון מוגבר במקצת, אצל נשים עם משתלי חזה, לחלות בלימפומה Non Hodgkins נדירה מסוג Anaplastic Large Cell Lymphoma ALCL. התופעה העיקרית במקרים אלו הייתה הצטברות נזלים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשתלים. אני יודעת כי הוצאת משתל השד לא מונעת או מפחיתה את הסיכון להתפתחות של מחלות אחרות הקשורות למשתל השד המפורטות בטופס הסכמה זה.

הובהר לי שצלקות פנמיות וחיצוניות הקשורות לניתוח הוצאת משתל שד עלולות להתפרש כגידול סרטני בבדיקות הדמיה ולכן אצטרך להיות במעקב ולבצע ביופסיות, לפי הצורך ועל פי

שיקול דעתו של הרופא המטפל.

אני יודעת שתוצאות הניתוח לא יישמרו למשך כל החיים והתהליך המתמשך של צניחת השד ימשיך. אני יודעת כי שינוי במשקל הגוף ו/או הריון גורמים שינויים בצורת השד אותם לא נתן לצפות מראש.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה כללית ו/או מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה כללית ומקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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. 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 מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצרכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינן 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 ינתן 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 שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח משלים, הוא יבוצע בהסכמת שני 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 מאשר 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: _____