



מדבקה

טופס הסכמה : הקטנת שפתי הפות

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו / או רפואיות של השפתיים הקטנות בפות.

הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה או בהרדמה אזורית או בהרדמה כללית.

שם החולה: _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט מדר' _____ על ניתוח לתיקון קוסמטי לקיצור של השפתיים הקטנות בפות (להלן: הניתוח העיקרי). הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנוסח המיקרה כולל הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מאלה. הוסברו לי התוצאות המקוות והמגבלות של יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים קיצור השפתיים לא ישיג את התוצאות הרצויות ו/או שתתבטא בהתכווצות לא אחידה של העור במקום הניתוח ואסימטריה של השפתיים או ברקמת צלקת רכה, קלואידלית, והופעת גומות או בליטות באיזור הניתוח עד צורך בניתוח נוסף. הצלקות תלויות בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי בניתוח ולאחריו כולל כאב, אי נוחות, ושינויים חולפים או קבועים בתחושת העור במקום הניתוח. בנוסף יתכן דימום, זיהום ונוק לעור במקום הניתוח.

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 לצפותן כעת או בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות 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 והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה והסיכונים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה שעלול לגרום לעיתים נדירות להפרעות בנשימה ובפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולים במערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית או אזורית ינתן לי הסבר על יזי המרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר הוטל 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 על

הניתוח יהיה _____ שם הרופא/ה

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במיקרה של פטול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

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