



טופס הסכמה: ניתוח להגדלת שדיים
BREAST AUGMENTATION WITH BREAST IMPLANT

ניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, הגדלת שדיים מבוצעת באמצעות הכנסת תותב. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית התוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

על ניתוח להגדלת שד ימין / שד שמאל / שני השדיים *

באמצעות הכנסת תותב מסוג _____ בנפח _____

דרך חתך תת שדי / סביב העטרה / בבית השחי * אחר _____ (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הגדלת השדיים. כמו כן הוסבר לי שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי התותב ואחוז הקרע הספונטני במעטפת. במקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת התותב. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, הזדקרות קבועה של הפטמות ושינויים בתחושה בפטמות. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באיזור החתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו, יש מקרים בהם התפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום ואסימטריה בין השדיים. כמו כן הוסברה לי האפשרות של סיבוכים הקשורים בתותב לרבות דליפה או קרע במעטפת התותב וכן פליטה או דחייה של התותב שיצריכו ניתוח להוצאתו, התקשות קופסית התותב והתכווצותו וכתוצאה מכך אי נוחות, כאב, ועיוות צורת השד/הפטמה עד כדי צורך בהוצאת התותב. הובהר לי שעד היום לא הוכח באופן חד משמעי הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכמו כן הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות).

כן הובהר לי שהכנסת התותב פוגמת ביכול האבחון ויהיו של גידולים בבדיקות שד.

הוסבר לי הצורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/ה 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 בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים, 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 לה וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכן שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק, וכי האחראי על הטיפול העיקרי יהיה**

שם הרופא

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה)

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה

חתימת הרופא/ה

מס' רשיון

* מחקי/י את המיותר והקפי/י בעיגול את האפשרות הרלוונטית
 ** מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת