

טופס הסכמה לניתוח הגדלת שדיים

BREAST AUGMENTATION

מדבקה

ניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי. הגדלת שדיים מבוצעת באמצעות הכנסת תותב, הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומר רגעה או בהרדמה כללית.

ת.ז.

שם האב

שם פרטיה

שם משפחה

שם המטופלת:

שם משפחה

שם רפואי

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבلتني הסבר מפורט בעלפה מרופף/ד"ר:

על ניתוח להגדלת BREAST AUGMENTATION על ניתוח לשדיים באמצעות הכנסת תותב/ים מסווג:

בנפח: _____ דרך חתך תחת שדי/סביב העטרה/בבית SCIPIO אחר _____

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הסבירו לי התוצאות המקומות ומוגבלות יכולת הגדלת השדיים, כמו כן, הסבירו לי שאין נתונים מדוקים לגבי אורך חיי התותב ואחיזה הקרע הספונטני במעטפת. במקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת התותב. אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הסבירו לי תופעות הלואוי של הניתוח העיקרי העיקרי, לרבות: כאב ואיינוחות. הזדקרות קבועה של הפטמות ושינויים בתוחשה בפטמות, הסבירו לי שככל מקרה תיוטרינה צלחות באוזור החתכים, צורת הצלקות תלולה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו וייש מקרים בהם, תתפתחנה צלחות קלואדיות.

כמו כן הסבירו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, ואסימטריה בין השדיים, כמו כן הסבירו לי האפשרות של סיבוכים הקשורים בתותב לרבות: דילפה או קרע במעטפת התותב וכן פליטה או דחיה של התותב, שייצריכו ניתוח להוצאה, התקשות קופסית התותב והתקצחותו וכתוכזה מכך אי נוחות, כאב ועיות צורת הפטמה עד כדי צורך בהוצאה, הובילו לי שעד היום לא הוכח באופן חד משמעי הקשר בין השתלת תותב והתקשות מחלת סרטנית, כמו כן, הקשר עם תופעות ריאומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). כן הבהיר לי, שהכנסת התותב, פוגמת ביכולת האבחון והזיהוי של גידולים בבדיקה שד. הסביר לי הצורך בבדיקה תקופתית קבוע ולפחות אחת לשנה.

אני נותנת בזאת את הסכמי לביוץ הניתוח העיקרי.

הסביר לי ואני מבינה שקיים אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי, יתברר שיש צורך להרחב את היקפו, לשנותו או לנקטם בהליכים אחרים או נוספיםים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפות בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובילו לי. לפיכך, אני מסכימה גם באותה הרחבה, שינוי או ביוץ הליכים אחרים או נוספיםים, לרבות פעולות כירורגיות נוספת, שלදעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכםתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקת תוך ורידית של חומר רגעה, לאחר שהסבירו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום לעיטמים נדירים, להפרעות נשימה ולהפרעות בעקבות הלב, בעיקר אצל חוליות לב וחולמים עם הפרעה במערכת הנשימה, אם יחולט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המדים. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי העיקרי וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי רפואי/ד"ר:

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחירות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמידע שמו עבור ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודונטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שモענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטיים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשולם ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות ואות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך שילישים (לרוב הרופא המטפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.
על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתי פגוע בנסיבות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יהולו דיני מדינת ישראל.
בחתימתה מטה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שניוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש)

שם האפוטרופוס (קרובה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפיורוט הדרוש וכי הוא/היא חתמה/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברתי במלואם.

מס' רישוי:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם