

טופס הסכמה לניתוח שחזור שד

RECONSTRUCTION OF BREAST

מבדקה

ניתוח לשחזור שד מוצע לנשים לאחר כריתת השד, פועלות השחזר יכולות להתחילה מיד בסיום כריתת השד, באותו ניתוח, או במועד אחר, אפשריות השחזר כוללות שימוש במשתל, יצירתי מטלה, שילוב של מטלה ומשתל, השחזר יכול להתבצע בשלב אחד או בשלבים, בחירת העיתוי וטכנייקת השחזר נעשים בהתאם לנתונים הפיזיים של האשה, היקף הכריתה, סוג השחזר, שיקולי המנתה והעדפת האשה, שחזרו הפטמה והעטרה מתבצע בניתוח נפרד.

--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטיה

שם משפחה

שם המטופלת:

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבلتني הסבר מפורט בעל פה מפרופ'/^{ד"ר}:
שם המשפחה
שם פרטיה

על ניתוח RECONSTRUCTION OF BREAST לשחזר של שד ימין שד שמאל, באמצעות השתלת משתל בלבד
 מטלה מהבטן מטלה מהגב ללא השתלת משתל מטלה מהבטן מטלה מהגב והשתלת משתל.
 השחזר יעשה בשלב אחד בשלבים.

טכניקה אחרת, פרט: _____
(להלן: "הניתוח העיקרי").

קיבلتني הסבר על סוגי המשתלים:

הוסכם על השתלת משתל קבוע מסוג: _____ בನפח של ב': _____ סמ"ק.

הוסכם על השתלת משתל זמני מסוג: _____ שימולא כד לנפח של ב': _____ סמ"ק.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקומות ותופעות הלועאי לאחר הניתוח העיקרי, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלועאי שלאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואיינוחות. והגבלה בתנועה באזורי המנתה שבדרכן כלל חולפים עם הזמן. הכאב באוזור הוצאה המטלה (בטן או גב) כולל להמשך ולהיות בעל אופי כרוני ומלואה בתקופת הניתוח עם יצירת מטלה תומתונה צלקות גם באורו נטילת המטלה.

כמו כן הוסבורה לי הסיבות האפשריים לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזורי/ה הניתוח שיציריך טיפול בזיהום עד כדי הוצאה המשתל במרקם של שימוש במשתל. הוסבր לי שכאר השחזר מתבצע באמצעות מטלה אפשריים סיבוכים כמו: פגיעה עצבית המתבטאת בליקויי תנועה או תנועה של האוזר ממנו נלקח המטלה, ונמק חלקי או שלם של המטלה עד כדי אובדן השחזר. כאשר המטלה נלקח מהבטן, תיכון חולשה של דופן הבطن עד כדי בקע שלעיתים יציריך ניתוח מתקן, כאשר המטלה נלקח מהגב, תיכון חולשה של הזורע בתנויות מסוימות.

כמו כן, הוסברו לי האפשרות לסיבוכים הקשורים במשתל, הנני מצהירה בזאת כי קיבלתי מהרופא המנתה הסבר מפורט בע"פ על התוצאות המקומות, המגבילות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשרות בנסיבות המקרה לרבות הסיכונים והסיכוןים בוצעו ניתוח זה. הוסבր גם שאין נתוניים מדוקינים לגבי אורך חי המשתל, ואחווי הקרע הספונטני של המעתפת, הוסבර שהקרים של קרע או התבלות, כולל להיווצר צורך בניתוח נוספת להחלפת המשתל.

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

פ.

0160

הנני מצהירה שהוסבר לי ואני מבינה שלא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית שלל הנитוח היהת ובני האדם אינם זחים מבחינת המבנה האנטומי ותכונות הרקמות. התגובה לניטוח, יצירתי הצלקות עלולה להיות שונה ממטופל אחד לשמשחו, ידוע לי כי בכל מקרה תיוטרנה צלקות במקום החדרת השתלים, ולחلك מן האוכלוסייה יש נטייה לפתח צלקות קלואידיות העוללות לגרום רגשות, גרד, אי נוחות, ומראה בלתי אסתטי לעתים, הצלקות רחבות ומכוערות, תגובה שונה בין אדם אחד לשני עלולה להיות גם בעקבות החדרת משתלים שונים כגון: סיליקון ניל או לאחר לקיחת תרופות, היות ומזהבך כאן בגורמים שלמנתוח אין עליהם שליטה מלאה, תוצאה הניטוח עלולה להיות שונה מאחד לשני, لكن אני מבינה שגם תגובה שלי לניטוח ולסיבוכים שצויינו לעיל אין אפשרות לצפות במדוק, שכן אני מצהירה שלא ניתן לי אחריות או הבטחה בדבר התוצאה של הניטוח שאותו אני עומדת לעבור.

הנני מצהירה שידוע לי שקיימת בעיה של התכווצות קופסティית - זהינו יצירת רקמה חיבורית נוקשה סביב המשטל, העוללה לגורום לכאב ולעיוות השד, ולעתים בלי יכולת לתקן גם באמצעות ניטוח נוסף. זהינו, ניטוח בו מוחלף המשTEL ונכרתת הקופסית הנוקשה.

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

אני גם מודעת לעובדה שקיים דילפה מיקרוסקופית של סיליקון גיל דרך דופן מעטפת המשTEL, ידוע לי שהועלו חשדות בדבר קשר בין סיליקון גיל ו/או חספוס מעטפת המשTEL לבין התפתחות מיני סרטן שונים, ומחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון, אך עד היום לא הוכח באופן מדעי קשר מסוג זה, למעט סיכון מוגבר במקרה אצל נשים עם מחלת חזה, לחלות במופמה Non Hodgkins נדירה מסוג Anaplastic Large Cell Lymphoma ALCL התופעה העיקרית במקרים אלו הייתה הצטברות נזילים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשTELים, עליך לפנות למנתך שכן אם מתפתחים תסמיינים יוצאי דופן הקשורים למשתלי השדים שבגוףך.

הובחר לי גם שהכנת המשTEL פוגעת במידה מסוימת ביכולת הזיהוי של גידולי שד, בעיקר בממוגרפיה,

ידוע לי כי שינויים קיצוניים במשקל, הרין, לידי והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצינחת השדים, כמו כן הוסבירה לי מהות ניטוח להרמת השד, אני מבינה שהוא כרוך בהופעת צלקות, ועל כן, איןני מעוניינת בו. ידוע לי כי החלטה לגבי גודל המשTEL הינה סופית, ושינויו הגודל אחר סיום הניטוח כרוך בניתוח נוסף.

אני מארת שבדקטית את סוג וגודל המשTELים השונים, וכי אני מסכימה להכנת המשTEL בעל הגודל שנבחר על ידי, בסיווע המנתח. הסביר לי גם כן, ששתלים אנטימיים עלולים להסתובב, ולא ניתן למנוע זאת מראש, ידוע לי כי טיפול הסיליקון ממנו עשוי המשTEL שיושתל בגופי נעשה על פי מיטב הידע והmiumנות המקצועית המידעות היום אך אין בהם כדי להבטיח באופן מוחלט העדר תופעות בעתיד, אני יודעת שתוצאות הניטוח לא ישמרו ממש כל החיים. והתהlik המתממש של צינחת השד ימשיך.

הסכםתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומר הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בחומר הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חוליות לב וחולמים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני נותנת בזאת את הסכםתי לביצוע הניטוח העיקרי.

הסביר לי שהניטוח מבוצע בהרדמה כללית, והסביר על ההרדמה הכללית יינתן על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהירה ומארת בזאת כי הסביר לי ואני מבינה שקיים אפשרות שתוך מהלך הניטוח העיקרי, יתרברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים לצורך חילוץ חיים, או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפות בעדות או במלואם, אך משמעותם הובהרת לי. לפיכך, אני מסכימה גם לאוthonה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספת, שלא דעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך המנתח העיקרי.



אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכי מדעים, תיעוד ומעקב.

הסביר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחותין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצiosa. אולם, הבהיר לי כי איןנו זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך או תוצאה לא רצiosa לאחר הטיפול, כמו כן, לא יCLUSו כל נזק כספי או אחר שיגרם כתוצאה לטיפול כמו אובדן מי עובודה, ריכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ועוד כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו עברו.

במידה ויכולת לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך כלל כולה שיש צורך בניתוח מתוקן, הוא יבוצע בהסכמה 2 הצדדים ובמחיר עלות, או לפי החלטת הגורם המבטה.

אני מתחייבת להמשיך במשך תקופתי אצל הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיעו ביום מועד על כל משינוי בلتני צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשרת שהיא לי הזמן לעיין בו ולקלח חוות דעת נוספת על פי בחרתי.

חתימת המטופלת/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ שעה: _____ תאריך: _____

חתימת המטופלת/אפוטרופוס בפעם השנייה: _____ שעה: _____ תאריך: _____

חתימת המטופלת: _____ שעה _____ תאריך _____

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולת נשף)

שם האפוטרופוס (קירה)

אני מאשרת כי הסרתי בעל מה למטופלת/לאפוטרופוס של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרש וכי הוא/היא חתמה על הסכמה בפני לאחר שוכחنتי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ מס' רישון: _____ חתימה: _____

שם המתרגם: _____ קשריו למטופל _____