

טופס הסכמה לניתוח לעיצוב הגוף לאחר ירידת משקל

LOWER / UPPER BODY CONTOURING WEIGHT LOSS

מדבקה

הניתוח נועד לתיקון תפקודי וקוסמטי באמצעות הסרת עודפי שומן מאזור:
 הבטן מותניים גב עליון גב תחתון עכוזים
 ירכיים זרועות צידי חזה בשילוב אפשרי של מתיחה של מעטפת שרירי הבטן שנחלשו תיקון חזה גברי הרמה ו/או הגדלה ו/או הקטנת שדיים בשילוב שאיבת שומן מאזור: _____
 (סמן האיבר/ים המנותחים) _____

הניתוח מבוצע בהרדמה אזורית, או כללית.

ת.ז.										

שם המטופל/ת: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____ שם המשפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח לעיצוב הגוף לאחר ירידת משקל LOWER / UPPER BODY CONTOURING WEIGHT LOSS (להלן: "הניתוח העיקרי").
 הוסבר לי על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתן.
 הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי ומגבלותיו, וכן שיתכנו מקרים בהם לא יושג מבנה גוף חלק ואידיאלי וישארו עודפי עור ושומן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות כאב, אי-נוחות, נפיחות, בחילות והקאות, ואובדן תחושה זמני בעור.

הוסבר לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות באזורי הניתוח כפי שתואר ע"י הרופא המנתח, חלקן עלולות להיות קלואידיות (אדומות בולטות מגרדות) ולעיתים רחבות כהות ומכווערות, הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירת שולי החתכים, פגיעה בתחושה בעור, חוסר הסימטריה (לרבות אסימטריה בין השדיים), סרומה (נסיוביות) ובמקרים נדירים נמק של העור שיצריך ניתוחים נוספים ויוסיף צלקות בניתוחי שדיים נמק הפטמה, כולה או חלקה חוסר תחושה שלה, אי יכולת הנקה, כמו כן יתכנו קרישי דם וורידים ובמקרים נדירים ביותר תסחיפים לריאות, שיצריכו הנשמה, ועלולים לגרום מוות. ייתכן שינוי במיקום הטבור ו/או עיוות צורתו. כמו כן, עלולה להיות נפיחות זמנית או קבועה של צהגפיים העליונים ו/או תחתומים. כשיהיה צורך להוסיף משתלים בשדיים עלולים להיות כל הסיבוכים הקשורים בהכנסת משתל, לרבות זיהומים עד כדי צורך להוציא את השתלים קפסולה מכאיבה, אסימטריה, שינויים בתחושת הפטמה, מיסוך של חלק מרקמת השד בממוגרפיה, ושינויים בצורת השד עם הגיל. ידוע לי כי שינויים במשקל הגוף, ותהליכי ההזדקנות ישנו את תוצאות הניתוח הראשוניות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה, 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 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 פעולות כירורגיות נוספות, שלדעת רופאי medica יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית או אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני מסכים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים מותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה, אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך 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 בדרך כלל כשנה שיש צורך בנייתו מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות או באמצעות התחייבות של הגורם המבטח.

אני מתחייב/ת 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 לפי בחירתי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל/ אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה
תאריך	שעה	חתימת המטופל/ אפוטרופוס ביום קבלת הטופס בפעם השנייה

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחרי ששוכנעתי שהסברתי הובנו במלואם.

תאריך	שעה	חותמת וחתימת הרופא
-------	-----	--------------------

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.

בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

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

שם הרופא: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____