

טופס הסכמה לניתוח הוצאת משתל שד

Breast Implant Removal

מדבקה

ניתוח להוצאת משתל שד מבוצע מסיבות רפואיות או אסתטיות, הניתוח מבוצע תוך שימוש בהרדמה מקומית או בהרדמה כללית.

שם המטופלת: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____

ת.ז. _____

אני החתומה מטה מבקשת מפרופי/ד"ר _____ לבצע בי ניתוח של הוצאת משתל Breast Implant Removal מ: שד ימין שד שמאל שני השדיים (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהירה בזאת כי קיבלתי מהרופא/ה המנתח/ת הסבר מפורט לגבי התוצאות המקוות, המגבלות, הסיכונים, הסיבוכים ודרכי הטיפול החלופיות הקשורים לביצוע ניתוח זה.

ידוע לי כי הוצאת הקופסית סביב משתל השד מגדילה באופן ממשי את הסיכון לסיבוכים, כמפורט בטופס הסכמה זה, בהשוואה להסרת משתל שד ללא הקופסית סביבו.

אני יודעת כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, לא מונעת או מפחיתה את הסיכון להתפתחות של מחלות אחרות הקשורות למשתל השד המפורטות בטופס הסכמה זה. הוסבר לי כי בשום מקרה לא ניתן להבטיח הסרה בשלמות של משתל השד לרבות המעטפת שלו ו/או תוכנו.

אני יודעת כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, גורמת לירידה בנפח השד ועלולה להיות מלווה בהפרשה ממושכת, זיהום, פתיחת תפרים, כיב פתוח, דימום ותופעות לוואי נוספות שידרשו טיפול ממושך ו/או אשפוז ו/או טיפול או טיפולים כירורגיים נוספים.

ידוע לי כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, תיצור ברוב המקרים עיוות קבוע בצורת השד, חוסר נוחות, כאבים וחוסר סימטריה קבועה בפטמות, בעטרות ובמבנה השד הכללי וכן רפיון של העור והדגשה של קפלים, קרעים ופגמים בעור השד.

ידוע לי כי תיקון עיוות כזה עלול לדרוש ניתוחים וטיפולים נוספים אשר כל אחד מהם יעשה בתשלום מלא.

ידוע לי כי הוצאת משתל השד ו/או הקופסית עלול להיות מלווה בפגיעה באברים פנימיים לרבות ניקוב מעטפת הריאה (חזה אוויר, פנאומוטורקס), פגיעה באברי נשימה אחרים, כלי דם ואברים פנימיים אחרים. הוסבר לי כי ניקוב של הריאה הוא מצב מסכן חיים העלול לדרוש הכנסת נקז בין צלעי, ניתוח ואשפוז בבית חולים.

הוסבר לי כי טיפול בסיליקון בקשריות לשד (בלוטות למפה) אזוריות או במקומות אחרים בגוף הוא ניתוח ו/או ניתוחים אחרים ואינו חלק מהניתוח הוצאת משתל שד אליו מתייחס טופס הסכמה זה.

ידוע לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות במקום הוצאת המשתלים העלולות להיות שונות מהצלקות במיקום הכנסתם של המשתלים ותלויה בשיקולי המנתח בזמן הניתוח, ידוע לי כי לחלק מן האוכלוסייה יש נטייה לפתח צלקות רחבות, מכוערות או קלואידיות (אדומות ומורמות) העלולות לגרום לרגישות, גרד, אי נוחות, ומראה מכוער קבוע.

אני מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון גיל דרך דופן מעטפת משתל השד. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון גיל ו/או חספוס מעטפת המשתל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, ומחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון.

יתכן ומשתל הסילקון מעלה במידה קטנה, באחוז מסויים של נשים, את הסיכון לפתח מחלות ראומטיות כמו פיברומיאליגיה או אחרות, כמו כן, קיים סיכון מוגבר במקצת, אצל נשים עם משתלי חזה, לחלות בלימפומה Non Hodgkins נדירה מסוג Anaplastic LargeCell Lymphoma ALCL התופעה העיקרית במקרים אלו הינה הצטברות נוזלים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשתלים. אני יודעת כי הוצאת משתל השד לא מונעת או מפחיתה את הסיכון להתפתחות של מחלות הקשורות למשתל השד המפורטות בטופס הסכמה זה.

הובהר לי שצלקות פנימיות וחיזוניות הקשורות לניתוח הוצאת משתל שד עלולות להתפרש כגידול סרטני בבדיקות הדמיה ולכן אצטרך להיות במעקב ולבצע ביופסיות, לפי הצורך ועל פי שיקול דעתו/ה של הרופא/ה, אני יודעת שתוצאות הניתוח לא יישמרו למשך כל החיים והתהליך המתמשך של צניחת השד ימשך. אני יודעת כי שינוי במשקל הגוף ו/או הריון גורמים שינויים בצורת השד אותם לא ניתן לצפות מראש.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה כללית ו/או מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה כללית ומקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הטיפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניות או דרושות במהלך הטיפול העיקרי.

אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצרכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינן מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך 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 שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך כלל כשנה שיש צורך בנייתו משלים, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשרת שהיה לי זמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

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 אודותי 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 ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור יישמש 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.

בחתמתי 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: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם