

# טופס הסכמה לניתוח הקטנת שדיים

## BREAST REDUCTION

מדבקה

נתוח להקטנת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, ולעיתים מתבצע בשל צורך רפואי, הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופלת:

שם פרטי שם המשפחה שם פרטי

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופי/ד"ר:

על ניתוח להקטנת BREAST REDUCTION  שני שדיים  שד ימין  שד שמאל (להלן: "הניתוח עיקרי").  
הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתן.  
הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי וכן מגבלותיו לרבות אסימטריה בין השדיים.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי, לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי-נוחות. כמו כן, הוסבר לי שבחלק מהמקרים לא תהיה אפשרות להניק לאחר ניתוח להקטנת שדיים.  
הוסבר לי שבכל מקרה תיוותרנה צלקות על השד ומתחתיו, הוסבר לי, שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואדיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, פעירה שולי החתכים, פגיעה בתחושה בפטמות ואפשרות להתפתחות נמק חלקי של הפטמה והעטרה או של חלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רחוקות, התערבות ניתוחית.

אני נותנת בזאת, את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה, 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 שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הוסבר לי, שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן על ידי המרדים,

אני יודעת ומסכימה לכך, שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי פרופי/ד"ר:

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 ויישמר 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 \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

שם המתרגם \_\_\_\_\_ קשריו למטופל \_\_\_\_\_