

טופס הסכמה לניתוח תיקון גינקומסטיה (הקטנת שדיים בגבר) GYNECOMASTIA

מדבקה

ניתוח להקטנת שדיים בגבר, הינו בעיקר ניתוח קוסמטי, ולעיתים מתבצע בשל צורך רפואי.
הניתוח כולל הסרה של עודפי רקמת שד, שומן דרך העטרה, ולעיתים גם עודפי עור.
הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או בהרדמה מקומית עם הרגעה עמוקה.

ת.ז.											

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

שם פרטי

שם המשפחה

אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופי/ד"ר:

על הצורך בביצוע ניתוח להקטנת GYNECOMASTIA שד ימין שד שמאל שני השדיים (להלן: "הניתוח עיקרי").

אני מצהיר ומאשר בזאת, כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות של הניתוח וכן מגבלותיו לרבות אסמטריה בין השדיים, הוסבר לי, שלעיתים תבוצע שאיבת שומן בלבד דרך הפתחים, שיימוקמו בצידו גבול העטרה והעור/קו בית שחי קדמי, שאיבה תבצע באזור השד, וייתכן שעד קו עצמות הבריח, עצם החזה וקו בית השחי האחורי. שאיבת השומן עשויה להיות הפעולה היחידה או הנלווית אל כריתת רקמת השד, שתחייב הרחבת החתך לרוב המחצית התחתונה של העטרה.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי, לרבות כאב, שינויים בצורה ו/או תחושה בפטמות ואי נוחות, בחילות והקאות, היות שמדובר ברקמות רכות, שלא ניתן לשלוט באופן מלא לא על צורת השד ולא על גודלו הסופי, ולא ניתן לנבא את מידת כיווץ העור.

הוסבר לי שבכל מקרה עלולה להיוותר צלקת, בחצי ההיקף התחתון של גבול העטרה והעור, ובמקרים בהם נדרשת הסרת עודפי עור תיוותרנה צלקות נוספות. הוסבר לי, שצורת הצלקות שתיוותרנה, תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו, ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות או קלואידיות (בולטות, אדומות ומגודרות למשך כל החיים) כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, הצטברות דם בחלל התת שדי העלולה להצריך ניקוז באמצעות פתיחת תפרים, זיהום, פעירת שולי החתכים, הישארות עודפי עור ובעתיד אפשרות הסרתם, פגיעה בתחושת הפטמות, פטמות שקועות ואפשרות להתפתחות נמק חלקי או מלא של הפטמה והעטרה או של חלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רחוקות, התערבות ניתוחית. במקרים של שאיבת שומן, בנוסף לסיבוכים הקודמים, ייתכנו: נפיחות רקמות, אי סדירות של העור בעתיד, שינויים בגוון העור ובמקרים נדירים - תסחיף שומני או פגיעה בריאה וקשיי נשימה וסיבוכים נוספים שלא ניתן לפרטם.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי, שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על הרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת, כי הוסבר לי ואני מבין, 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 בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח/ת יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

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

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין, סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח/ת מתחייב/ת 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 בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייב להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, להודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר שהיה לי הזמן 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 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 _____

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

שם האפוסטרופוס (קירבה)

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

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

קשריו למטופל

שם המתרגם