

## טופס הסכמה לניתוח הרמת מצח/גבות

### מדבקה

מטרת הניתוח הינה להרים את הגבות למנחן הטבעי, הניתוח מבוצע באמצעות הסרת עודפי עור דרך חתך בקו הקדמי של השיער, או מספר סמי מאחורי קו זה, ולעיתים דרך חתכים במצח עצמו או מעל הגבות. לעיתים הגישה הינה דרך החתכים באזורי הרקות או שיש שמוש בתפרים או באביזרים אחרים כדי למקם את הרקמות. בחלק מן השיטות מבטלים פעולתם של חלק מן השרירים, כדי להפחית את כמות הקמטים במצח.

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

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל/ת:

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

שם פרטי

שם המשפחה

על ניתוח הרמת המצח והגבות, בשיטת (פרוט): \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח עיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואינחוחות, נפיחות בעפעפיים, יובש בעיניים, שריטה כואבת בקרנית, דמעת, שטפי דם תת עוריים, כתמים בעור, נפיחות, חוסר תחושה, ובהמשך תחושת יתר, תחושת גרד, וחולשה של עצב הפנים, כמו גם בחילות והקאות, כמו כן הוסבר לי כי הצלקות תיראנה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה, ידוע לי כי תמיד ניתן יהיה לראות צלקות באזורי החתכים, וכי צלקות אלה עלולות להיות קלואידיות (אדומות בולטות ומגודדות לצמיתות) או רחבות ומכוערות, וטיבן קשור לסוג העור שלי ויכולת הריפוי שלו. הוסבר לי השיטות השונות המקובלות לביצוע ניתוח זה, והשיטה שנבחרה לביצוע.

הוסבר לי התוצאות המקוות והמגבלות של יכולת התיקון בניתוח זה כמו גם האפשרות שתיווצר אסימטריה של החלק העליון של הפנים.

כמו כן, הובהרו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום (חיידקי או ויראלי - הרפס), פעירת שולי חתכים, נמק של רקמה באזור החתכים, וחוסר שיער באזור הצלקות, ציסטות בצלקות, שינוי במפתח העין, משיכת עפעף, כאב כרוני, חולשה זמנית או קבועה של עצב הפנים, שינוי בצורת ההבעה של הפנים, עד כדי אסימטריה של הגבות והפנים, ו/או פגיעה תחושתית, ולעיתים רחוקות, דימום אשר יצריך ניתוח דחוף לעצירת הדימום, וכאב כרוני.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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

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, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות 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.

אני מסכים/ה 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 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 ויחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך כלל כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים במחיר עלות.

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.

חתימת המטופל / אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה

תאריך

שעה

חתימת המטופל / אפוטרופוס ביום קבלת הטופס בפעם השנייה

תאריך

שעה

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: \_\_\_\_\_

קשריו למטופל

שם המתרגם