



## טופס הסכמה: ניתוח הרמת שדיים MASTOPEXY

הניתוח הינו קוסמטי, וכולל הרמת הפטמה והסרה של עודפי עור. לעיתים הניתוח יכול להתבצע בשילוב עם החדרת משתלי סיליקון כדי להגדיל את נפח השדיים.

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, ולעיתים בהרדמה מקומית בתוספת הרגעה עמוקה.

שם המטופלת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי

על ניתוח להרמת שדי ימין / שד שמאל / שני השדיים עם / בלי החדרת משתלים של חברת \_\_\_\_\_ בטווח נפחים \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בנייתוח.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, בחילות והקאות, אי-נוחות, נפיחות, שטפי דם, הצטברות נוזלים, ופצעים בקו התפרים.

הובהר לי שהניתוח עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, ויש סיכוי סביר לאובדן יכולת ההנקה. הוסבר גם שהניתוח איננו עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של השד, וידוע הוא ששניים במשקל הגוף, הריון, לידה והנקה משנים את צורת השדיים ועלולים לזרז את צניחתם. אני מבינה שהשדיים ייפלו לאחר הניתוח במידה בלתי ידועה בהתאם לגודל השד ואיכות העור.

הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות ומכוערות, כהות או צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, שינויים בתחושת הפטמות ו/או עור השד היכולים להיות זמניים או קבועים, היווצרות גושים, פעירה של שולי החתכים, נמק של עור ו/או עטרה ו/או פיטמה ו/או של רקמות עמוקות, היוותרות קפלי עור ואסימטריה של השדיים. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

במקרה של משתל סיליקון - הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות קיפול נמוש של המשתל, דליפה או קרע במעטפת המשתל, וכן זיהום, פליטה או דחיה שיצריכו ניתוח להוצאתו; התקשות הקופסית שנוצרת סביב המשתל והתכווצותה וכתוצאה מכך אי נוחות וכאב, ו/או עיוות בצורת השד/פיטמה, עד כדי צורך בהוצאת המשתל.

אני מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת המשתל. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל ו/או חספוס מעטפת המשתל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, מחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון. יתכן ומשתל הסיליקון מעלה במידה קטנה, באחוז מסוים של נשים, את הסיכון לפתח מחלות אלו. כמו כן, קיים סיכון מוגבר במקצת, אצל נשים עם משתלי חזה, לחלות בלימפומה נדירה מסוג Anaplastic Large Cell Lymphoma. התופעה העיקרית במקרים אלו הייתה הצטברות

נוזלים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשתלים, ולכן אני מבינה כי יהיה עליי לפנות לרופא אם מתפתחים תסמינים יוצאי דופן הקשורים למשתלי השדיים שבגופי.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשלוב עם הרדמה מקומית. ההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי רופא מרדים.

כמו כן אני מצהירה ומאשר 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 שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), 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 ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך-כלל כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, 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 הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופלת / אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

חתימת המטופלת / אפוטרופוס בפעם השנייה:

\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_ חותמת וחתימה