

הסכמה לניתוח מתיחת בטן מלאה (ABDOMINOPLASTY)

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן מהבטן התחתונה. הניתוח אינו מסלק סימני מתיחה בעור הבטן אך יכול לשפר את המראה שלהם. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית. לעיתים ניתוח זה משלב גם שאיבת שומן מחלקים שונים בבטן ובסביבתה.

שם המטופל/ת _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח מתיחת בטן הכולל ניתוק של הטבור עם / בלי שאיבת שומן, עם / בלי הידוק השרירים (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, בחילות והקאות, אי-נוחות, נפיחות, שטפי דם, הצטברות נוזלים, פצעים בקו התפרים והגבלה ביישור של הבטן למשך מספר שבועות.

ידוע לי כי הניתוח מחייב צלקת בבטן תחתונה, צלקת סביב הטבור ובנוסף צלקת:

ידוע לי כי צלקות אלו לא נעלמות, הן נראות לעין ואינן ישרות. לעיתים מתפתחות צלקות כהות או רחבות ומכוערות או קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות). ידוע לי כי מתיחת הבטן תלווה במשיכה של אזור אבר המין כלפי מעלה ומשיכה של הטבור כלפי מטה. אחר הניתוח משאירים נקזים הנותרים במקום למשך מספר ימים, והם מוצאים בהתאם להחלטת המנתח, ועל פי כמות הנוזלים המנוקזת.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים שלעיתים יצריכו ניתוחים נוספים ויהיו מלווים בצלקות נוספות לרבות: זיהום, פתיחה משמעותית או ציסטות של קו התפרים, חוסר תחושה עד כאב כרוני, אסימטריה או הפרעות מתאר אחרות, הצטברות של נוזלים שעלולה להצריך ניקוז, נמק של עור הבטן ו/או הטבור. במקרים נדירים יכולים להתרחש דימום שיצריך ניתוח דחוף, חדירה לתוך חלל הבטן, תסחיפי שומן או קרישים לריאות ולמח ואף מוות.

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

אני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

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

אני מסכים/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 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 בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפטרופוס בפעם השנייה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

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

_____ תאריך: _____ שעה: _____ חותמת וחתימה _____