

## טופס הסכמה: ניתוח לשאיבת שומן LIPOSUCTION

שאיבת שומן הינה טכניקה ניתוחית המיועדת להרחקת ריכוזי שומן עודפים מאזורים מוגדרים בגוף. הניתוח אינו מהווה תחליף לירידה במשקל. בעקבות שאיבת השומן יתכן לעיתים צורך בניתוח להרחקת עודפי עור. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, אזורית או מקומית, לעיתים בתוספת הרגעה עמוקה.

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בכתב ובעל פה מד' יואב אברהמי על ניתוח שאיבת שומן מאזור/ים \_\_\_\_\_ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות כריתת עור ושומן עודפים, והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים השאיבה לא תשיג את התוצאות הרצויות ו/או שתתבטא בהתכווצות לא אחידה של העור והופעת גומות או/ו שינויי צבע או/ו בליטות או/ו שקעים על פני השטח. בשאיבת שומן דו צדדית עלולה להיווצר אסימטריה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, בחילות והקאות, אי נוחות, בצקת, גושים תת עוריים ושינויים חולפים או קבועים בתחושת העור. הוסבר לי, שבמקומות בהם יוחדר מכשיר השאיבה תוותר צלקת. הצלקות שתוותרנה תלויות בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (אדומות, בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום, זיהום והצטברות נוזלים (סרומה) באזורים מהם נשאב השומן. כמו כן יתכנו, נזקים לעור, דלקת ורידים שטחית ועמוקה ובמקרים נדירים ביותר תסחיפים לריאות ולמח, כמו גם חדירה לחלל הבטן או החזה, ועד מוות.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בלבד או בתוספת הרדמה אזורית, כללית או הרגעה עמוקה. הוסברו לי הסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תופעות אלרגיות ואחרות. הסבר על ההרדמה הכללית או ההרגעה העמוקה 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/ת כי הסברתי למטופל/אפטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

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

\_\_\_\_\_ חותמת וחתימה