



טופס הסכמה: הזרקת שומן

הזרקת שומן הינה טכניקה ניתוחית בה מבוצעת שאיבת שומן מאזור אחד בגוף, והשומן מוזרק לאזור אחר בו מקווים להשיג מילוי.

שם המטופל/ת: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח הזרקת שומן **שיילקח מאזור/ים** _____ **ויוזרק לאזור/ים** _____ (להלן "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי טיפול חלופיות לרבות הזרקת חומרים אחרים.

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, כלומר אי השגת התוצאה המקווה, כמו גם ספיגה חלקית או אפילו מוחלטת של השומן המוזרק.

ידוע לי שעלולים להופיע גם סיבוכים כגון גושים תת עוריים, אסימטריה, זיהום מקומי, פגיעה בכלי דם קטנים, פגיעה עצבית, צלקות במקומות ההזרקה והשאיבה, סיבוכים דומים עלולים להיות גם באזור התורם.

היות ולא ניתן לנבא בברור את כמות השומן שתיוותר במקום, ולא את משך הזמן של היוותרותו במקום, גם אחרי שנקלט בנפח הרצוי, הרי שאם יהיה צורך בפעולה דומה נוספת, או תוספת של חומרים אחרים, כל אלה יהיו כרוכים בעלות נוספת.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בלבד או בתוספת הרדמה כללית או הרגעה עמוקה. הוסברו לי הסיבוכים 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