

טופס הסכמה לניתוח תיקון פטמות שקועות

ניתוח לתיקון פטמות שקועות הינו ניתוח קוסמטי, הגורם לפטמות זקורות באופן קבוע. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית ולפעמים בתוספת הרגעה עמוקה או הרדמה כללית.

שם המטופל/ת: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח לתיקון: שתי הפטמות / פטמה ימין / פטמה שמאל (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתן, התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי וכן מגבלותיו לרבות אסימטריה של הפטמות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, שינויים בצורה או/ו תחושה בפטמות ואי נוחות, בחילות והקאות. היות שמדובר ברקמות רכות, שלא ניתן בברור לצפות את מהלך הריפוי שלהן, לא ניתן לשלוט באופן מלא על צורת הפטמות והסימטריה שלו, ובעיקר לא ניתן לנבא את מידת הזקירות הקבועה.

הוסבר לי שבכל מקרה עלולה להיוותר צלקת בפטמה. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו, ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות, כהות או קלואידיות (בולטות, אדומות ומגרדות למשך כל החיים).

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, אסימטריה משמעותית של הפטמות, שינויים בתחושה בפטמות בטווח של כאב כרוני או רגישות יתר ועד אובדן תחושה תמידי, שינויים בגוון הפטמות, הישנות של פטמות שקועות ונמק חלקי או מלא של הפטמה שיצריכו, לעיתים רחוקות, התערבות ניתוחית.

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 ד"ר אברהמי 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/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

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

_____ תאריך: _____ שעה: _____ חותמת וחתימה: _____