

הסכמה לניתוח הגדלת שדיים במשתלי סיליקון ג'ל

ניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי. ההגדלה מבוצעת ע"י הכנסת משתל עשוי סיליקון המכיל בתוכו סיליקון ג'ל. 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 להגדלת שדי ימין / שד שמאל / שני השדיים עם החדרת משתלים של חברת _____ בטווח נפחים _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הנני מצהירה בזאת כי קבלתי הסבר מפורט על התוצאות המקוות, המגבלות, הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות.

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.

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

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, הצטברות נוזלים, שינויים בתחושת הפטמות ו/או עור השד מחוסר תחושה ועד כאב כרוני היכולים להיות זמניים או קבועים; הזדקרות קבועה של הפטמות, היווצרות גושים, פעירה של שולי החתכים, אסימטריה של השדיים, תזוזה או קיפול נמוש של המשתל, דליפה או קרע במעטפת המשתל, פליטה או דחייה של המשתל; התקשות הקופסית שנוצרת סביב המשתל והתכווצותה וכתוצאה מכך אי-נוחות וכאב ו/או עיוות בצורת השד או הפיטמה. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

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. הובהר לי שהניתוח עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד.

ידוע לי כי שינויים קיצוניים במשקל, הריון, לידה והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצניחת השדיים ועיוות צורתם. כמו כן הוסברה לי מהות ניתוח להרמת השד, אני מבינה שהוא כרוך בהוספת צלקות, ואינני מעוניינת בו או שאינני זקוקה לו. ידוע לי כי ההחלטה לגבי נפח המשתלים הינה סופית, ושינוי הנפח אחרי סיום הניתוח יהיה כרוך בניתוח נוסף. אני מאשרת שבדקתי את סוגי ונפח המשתלים השונים, וכי אני מסכימה להכנסת המשתל בעל הנפח שנבחר על ידי בסיוע המנתח. הוסבר לי גם כן, שמשתלים אנטומיים עלולים להסתובב, ולא ניתן למנוע זאת מראש. ידוע לי והוסבר לי כי טיב הסיליקון ממנו עשוי המשתל שיושתל בגופי נעשה על פי מיטב הידע והמיומנות המקצועית הידועות היום, אך אין בהם כדי להבטיח באופן מוחלט העדר תופעות בעתיד. אני מבינה שאין נתונים

מדויקים לגבי אורך חיי המשתל, ואחוזי הקרע הספונטאני שלו. אני יודעת שתוצאות הניתוח לא יישמרו למשך כל החיים והתהליך המתמשך של צניחת השדיים ימשיך.

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