

הסכמה לניתוח אף

מטרת הניתוח לתקן את מראה האף ו/או לשפר את מעבר האוויר דרך האף.

שם המטופל: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח אף למטרות:

תיקון אסתטי / כריתת המחיצה / כריתת טורבינות (להלן "הניתוח העיקרי").

פעולות מתוכננות: כריתת סחוסים / שבירת עצמות / שיוף גבנון / הצרת נחיריים

אחר: _____

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, הקשורות בין השאר במבנה אפי, איכות עור האף, גילי, וממצאים בלתי צפויים שיתגלו במהלך הניתוח העיקרי. ידוע לי כי בין היתר עקב הנפיחות שנסוגה לאט, ניתן יהיה להעריך את התוצאה הסופית רק כשנה מיום הניתוח. כמו כן, האף לעולם לא יהיה ישר כסרגל ותמיד תהיה אסימטריה קלה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, בחילות והקאות דמיות, נפיחות חיצונית ופנימית עד כדי קושי בנשימה, ושטפי דם תת-עוריים. ידוע לי כי בכל מקרה של ניתוח הנחיריים יוותרו צלקות בבסיס הנחיריים. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הרפואי שלו וקיימים מקרים נדירים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (בולטות, אדומות, מגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום, נקב במחיצת האף, הפרעות בחוש הריח, נזלת וקושי בנשימה לתקופה ממושכת; נזק לרקמות עמוקות כמו צינור הדמעות; נמק, צלקת או שינוי גוון של עור האף; אסימטריה רבה במבנה האף והפרעות מתאר כמו בלט של סחוס מתחת לעור או רירית האף.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית או בהרגעה עמוקה. שתיהן בתוספת הרדמה מקומית. 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 שייגרם 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/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