

## טופס הסכמה: ניתוח קוסמטי של האפרכסות OTOPLASTY

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנח אפרכסות האוזניים וצורתם.

הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית לעיתים בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח קוסמטי ב: **אפרכסת ימין / אפרכסת שמאל / שתי האפרכסות**, השיטה שתינקט: חיתוך עור בגישה אחורית עם / **בלי חיתוך סחוס** והשארת תפרים פנימיים שאינם נספגים (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, לרבות האפשרות של אסימטריה בין האוזניים ו/או חזרת האוזן למצבה הקודם.

וכי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, שטפי דם תת עוריים, בחילות והקאות, אי נוחות ושינויי תחושה בעור האפרכסת. הוסבר לי שמושאים תפרים בסחוס, שאינם נספגים, שעם הזמן יכולים להיפלט החוצה. הוסבר כי במקרים בהם יורחק סחוס מהאפרכסת, תתכן היווצרות קפל עור בקדמת האפרכסת. הוסבר שתיוותרנה צלקות במקומות החתכים, אשר צפויות להשתפר במשך הזמן, אך בעיון מקרוב ניתן יהיה להבחין בהן. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (אדומות, בולטות ומגרדות).

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום עד כדי אבדן עור ו/או סחוס, פעירה של שולי החתכים, חוסר תחושה בעור האפרכסת, כאב כרוני באזור המנותח, שינויי צבע ועיוותים באפרכסות. במקרים נדירים עלול להיווצר דימום אשר יצריך ניתוח דחוף.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע ב: **הרדמה מקומית / הרגעה עמוקה / הרדמה כללית**. 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