



הסכמה לניתוח הקטנת שדיים

ניתוח להקטנת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, אם כי לעיתים, נעשה מסיבות רפואיות כדי להקטין את העומס על עמוד השדרה ובית החזה. הקטנת שדיים מבוצעת באמצעות הרמה של הפטמה והסרה של רקמות שד, עור ושומן. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח להקטנת שד ימין / שד שמאל / שני השדיים (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הקטנת השדיים.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, בחילות והקאות, נפיחות, שטפי דם, הצטברות נוזלים ופצעים בקו התפרים.

הובהר לי שהניתוח עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, ויש סיכוי סביר לאובדן יכולת ההנקה. הוסבר גם שהניתוח איננו עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של השד, וידוע הוא ששנויים במשקל הגוף, הריון, לידה והנקה משנים את צורת השדיים ועלולים לזרז את צניחתם. אני מבינה שהשדיים ייפלו לאחר הניתוח במידה בלתי ידועה בהתאם לגודל השד ואיכות העור.

הוסברה לי משמעות ניתוח הקטנה של השד ואני מבינה שהוא כרוך בכל מקרה בצלקות באזור החתכים, ולמרות זאת, אני מעוניינת בו. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות ומכוערות, כהות או צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, הזדקרות או שקיעה קבועה של הפטמות, שינויים בתחושה בעור השד ו/או בפטמות בטווח של רגישות יתר ועד אובדן תחושה תמידי, היווצרות גושים, פעירה של שולי החתכים, נמק של עור ו/או עטרה ו/או פיטמה ו/או של רקמות עמוקות, היוותרות קפלי עור ואסימטריה של השדיים. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

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 חזק 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 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 בנייתו 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