

## טופס הסכמה לניתוח תיקון גינקומסטיה (השטחת חזה בגבר)

ניתוח להשטחת חזה בגבר הינו בעיקר ניתוח קוסמטי, ולעיתים מתבצע בשל צורך רפואי. הניתוח כולל הסרה של עודפי רקמת שד ושומן ולעיתים גם עודפי עור. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או בהרדמה מקומית עם הרגעה עמוקה.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח להשטחת שני השדיים / שד ימין / שד 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 החזה.

הוסבר לי, שלעיתים תבוצע שאיבת שומן בלבד דרך חתכים, שימוקמו בצדי גבול העטרה והעור וקו בית שחי קדמי. השאיבה תתבצע באזור השד וייתכן שעד קו עצמות הבריח, עצם החזה וקו בית השחי האחורי. שאיבת השומן עשויה להיות הפעולה היחידה או הנלווית אל כריתת רקמת השד, שלעיתים תחייב הרחבת החתך לרוחב המחצית התחתונה של העטרה.

אני מצהיר ומאשר 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 החזה והסימטריה שלו, ובעיקר לא ניתן לנבא את מידת כיווץ העור.

הוסבר לי שבכל מקרה עלולה להיוותר צלקת בחצי היקף התחתון של גבול העטרה והעור, ובמקרים בהם נדרשת הסרת עודפי עור תיוותרנה צלקות נוספות. הוסבר לי, שצורת 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: דימום, הצטברות נוזלים בחלל התת-שדי העלולה להצריך ניקוז, זיהום, פעירת שולי החתכים, הישארות עודפי עור שלא יתכווצו ויצריכו הסרה בעתיד, אסימטריה משמעותית של החזה, שינויים בתחושה בעור השד ו/או בפטמות בטווח של כאב כרוני או רגישות יתר ועד אובדן תחושה תמידי, שינויים בגוון העור והפטמות, פטמות שקועות או זקורות, נמק חלקי או מלא של הפטמה והעטרה או של חלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רחוקות, התערבות ניתוחית. במקרים של שאיבת שומן ייתכן במקרים נדירים תסחיף שומני שעלול לפגוע בריאות ובמח ואף לגרום למוות.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין 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 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 להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר שהיה לי הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתתי.

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: \_\_\_\_\_