האיגוד הישראלי
לכירורגיה פלסטית ואסתטית
The Israeli Society
of Plastic & Aesthetic Surgery

בטן - מתיחה מלאה- הסכמה לניתוח מתיחת בטן מלאה ((ABDOMINOPLASTY

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן מהבטן התחתונה. הניתוח אינו מסלק סמני לשפר את
המראה שלהם. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית. לעיתים ניתוח זה משלב גם שאיבת שומן מחלקים
שם המטופל/ת_____ ת.ז._____. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי
מ**ד"ר**_____על: ניתוח מתיחת בטן הכולל ניתוק של הטבור, עם או בלי שאיבת שומן (להלן:
מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי-נוחות, נפיח
נוזלים, כמו גם בחילות והקאות.
ידוע לי כי הניתוח מחייב צלקת בבטן תחתונה, צלקת סביב הטבור ובנוסף צלקת (פרט)
ידוע לי כי צלקות אילו לא נעלמות, הן אינן ישרות והן נראות לעין. לעיתים מתפתחות צלקות רחבות ומכוערות
בולטות ומגרדות), ידוע לי כי מתיחת הבטן תלווה במשיכה של אזור אבר המין כלפי מעלה ומשיכה של הטבור
משאירים
נקזים הנותרים במקום למשך מספר ימים, והם מוצאים בהתאם להחלטת המנתח, ועל פי כמות הנוזלים
הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, פתיחת התפרים הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, כאב
תחושה, אסימטריה בין שני צידי הבטן, הצטברות של נוזלים שעלולה להצריך ניקוז, נמק של עור הבטן, ו/א
נוספים
ויהיו מלווים בצלקות נוספות. ובמקרים נדירים, דימום שיצריך ניתוח דחוף. תסחיפים של קרישים וחלקי
לריאות
ולמוח ועלולים להצריך הנשמה ולגרום למוות. הוסבר לי כי לאחר הניתוח תהיה הגבלה ביישור של הבטן
נותן/ת
באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשלוב עם
ההרדמה
הכללית יינתן לי על ידי מרדים.
כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי
היקפו,
לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיו
בוודאות
או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים
פעולות
כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכים/מה לצילום תמונות
מדעיים,
תיעוד ומעקב. הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע
רצויות. המנתח
מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום

רצויה
לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת אשפוז, ו/או כל
נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור. במידה ויוחלט לאחר פרק כשנה שיש
צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי
הרופא המטפל
כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין
על פי
בחירתי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך:_____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה שהסברי הובנו במלואם:

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____.