



אוזניים - הצמדה

טופס הסכמה: ניתוח קוסמטי של האפרכסות OTOPLASTY

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנח אפרכסות האוזניים, וצורתם. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם המטופל: _____ **ת.ז.** _____ אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח קוסמטי באפרכסת ימין/אפרכסת שמאל/שתי האפרכסות*, (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי התוצאות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, לרבות האפשרות של אסימטריה בין האוזניים ו/או חזרת האוזן למצבה וכי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, שטפי דם תת עוריים, בחילות והקאות, אי ושינויי תחושה בעור האפרכסת, הוסבר לי שחתי הניתוח מתבצעים בחלק הקדמי או האחורי האפרכסת ושליעיתים יש צורך להוציא חלק מן הסחוס. הוסבר שתיוותרנה צלקות במקומות החתכים, אשר צפויים להשתפר במשך הזמן, אך בעיון מקרוב ניתן יהיה להבחין בהן. במקרים בהם יורחק סחוס מהאפרכסת, תתכן היווצרות קפל עור בקדמת האפרכסת. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגודדות). כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום עד כדי אבדן עור ו/או סחוס, פעירה של שולי החתכים, חשיפת וחוסר תחושה בעור האפרכסת, כאב כרוני באזור המנותח, שינויי צבע ועיוותים באפרכסות. במקרים עלול להיווצר דימום אשר יצריך ניתוח דחוף. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים. אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב. הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוכי או תוצאה לא אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו 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 לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים של שימוש חדר הניתוח בלבד. אני מתחייב/תת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. אני מאשר/ת שהיה לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____

תאריך: _____
חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה: _____ תאריך: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה
אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם: חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____
שעה: _____

