



אף - ניתוח : הסכמה לניתוח אף

מטרת הניתוח לתקן את מראה האף ו/או לשפר את מעבר האוויר דרך האף.

שם המטופל: _____ ת.ז. _____ אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת

הסבר מלא בעל פה מד"ר _____ על: ניתוח אף אסתטי/ המחיצה / הרחקת טורבינות

אסתטי*. פרט פעולות מתוכננות: הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, הקשורות, בין

השאר, במבנה אפי, טיב העור המכסה את האף וגילי, וממצאים בלתי צפויים שיתגלו במהלך הניתוח

לי כי ניתן להעריך את תוצאת הניתוח רק כשנה מיום הטיפול. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו

הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, בחילות והקאות דמיות, נפיחות חיצונית

עד כדי קושי בנשימה, ושטפי דם תת-עוריים. ידוע לי כי בכל מקרה של ניתוח הנחיריים יוותרו צלקות

הנחיריים. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הרפוי שלו וקיימים מקרים

תפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן הוסברו לי **הסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום, נקב**

האף (במקרה של תיקון המחיצה); הפרעות בחוש הריח, נזלת וקושי בנשימה לתקופה ממושכת

יתכן נזק לרקמות עמוקות כמו שרירים וצינור הדמעות, נזק חיצוני לעור האף, ואסימטריה במבנה האף

של הסחוסים דרך העור. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח מבוצע

מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית, אם תידרש, ינתן לי על ידי מרדים. כמו כן

ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך

היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות

כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה

הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים

במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכים מדעיים, תיעוד, ומעקב.

לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות

המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ינתן זיכוי

סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר

אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר

לתוצאות הטיפול אותו אעבור. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח

הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובעלות של שימוש חדר הניתוח בלבד. אני מתחייבת להמשיך במעקב

הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך

מאשר שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת 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

ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____

