



טופס הסכמה לניתוח: תיקון גניקומסטיה (הקטנת שדיים לגבר)

ניתוח להקטנת שדיים בגבר הינו בעיקר ניתוח קוסמטי, ולעיתים מתבצע בשל צורך רפואי. הניתוח כולל רקמת שד, שומן דרך העטרה, ולעיתים גם עודפי עור. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית או בהרדמה מקומית עמוקה.

שם המטופל: _____ ת.ז. _____ . אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי בעל פה מד"ר _____ על ניתוח להקטנת שני השדיים/שד ימין/שד שמאלי* (להלן: "הניתוח העיקרי"). לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתן. התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי וכן מגבלותיו לרבות אסימטריה בין השדיים. הוסבר לי, שלעיתים תבוצע בלבד דרך פתחים, שימוקמו בצידי גבול העטרה והעור / קו בית שחי קדמי. השאיבה תתבצע באזור השד, וייתכן עצמות הבריח, עצם החזה וקו בית השחי האחורי. שאיבת השומן עשויה להיות הפעולה היחידה או הנלווית רקמת השד, שתחייב הרחבת החתך לרוחב המחצית התחתונה של העטרה. אני מצהיר ומאשר בזאת כי הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, שינויים בצורה או/ו תחושה בפטמות ואי נוחות, בחילות והקאות. היות ברקמות רכות, שלא ניתן בברור לצפות את מהלך הריפוי שלהן, לא ניתן לשלוט באופן מלא לא על צורת גודלו הסופי, ובעיקר לא ניתן לנבא את מידת כיווץ העור. הוסבר לי שבכל מקרה עלולה להיות צלקת התחתון של גבול העטרה והעור, ובמקרים בהם נדרשת הסרת עודפי עור תיוותרנה צלקות נוספות. הוסבר הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו, ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות (בולטות, אדומות ומגדדות למשך כל החיים). כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, הצטברות התת שדי העלולה להצריך ניקוז ע"י פתיחת תפרים, זיהום, פעירת שולי החתכים, הישארות עודפי עור ובעתיד הסרתם, פגיעה בתחושה בפטמות, פטמות שקועות ואפשרות להתפתחות נמק חלקי או מלא של הפטמה חלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רחוקות, התערבות ניתוחית. במקרים של שאיבת שומן, בנוסף לסיבוכים ייתכנו: נפיחות רקמות, אי סדירות של העור בעתיד, שינויים בגוון העור ובמקרים נדירים – תסחיף שומני וקשיי נשימה, וסיבוכים נוספים שלא ניתן לפרטם. אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכים ומעקב. הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף הטיפול אותו אעבור. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא

בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. אני מאשר שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל 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
ששוכנעתי שהסברתי הובנו במלואם: חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ ש _____