

## טופס הסכמה: הזרקת שומן

הזרקת שומן הינה טכניקה ניתוחית בה מבוצעת שאיבת שומן מאזור אחד בגוף, והשומן מוזרק לאזור אחר בו מקווים להשיג מילוי. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית לעיתים בליווי של טשטוש עמוק.

**שם המטופל/ת:** \_\_\_\_\_ **ת.ז.** \_\_\_\_\_ . **אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר** \_\_\_\_\_ **על ניתוח הזרקת שומן שיילקח מאזור** \_\_\_\_\_ **ויוזרק לאזור** \_\_\_\_\_ **. להלן "הניתוח העיקרי".**

הוסברו לי דרכי טיפול חלופיות לרבות הזרקת חומרים אחרים. הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, כלומר אי השגת התוצאה המקווה, כמו גם ספיגה חלקית או שלמה של השומן המוזרק. ידוע לי שעלולים להופיע גם סיבוכים כגון גושים תת עוריים, אסימטריה, זיהום מקומי, פגיעה בכלי דם קטנים, פגיעה עיצבית, צלקות במקומות ההזרקה והשאיבה, סיבוכים דומים עלולים להיות גם באזור התורם. היות ולא ניתן לנבא בברור את כמות השומן שתיוותר במקום, ולא את משך הזמן של היוותרותו במקום, גם אחר שנקלט בנפח הרצוי, הרי שאם יהיה צורך שפעולה דומה נוספת, או תוספת של חומרים אחרים, כל אלה יהיו כרוכים בעלות נוספת. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרדמה. הוסברו לי הסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תופעות אלרגיות ואחרות. אני מאשר/ת לבצע צילומים שימשו לצורכים מדעיים, מעקב ותיעוד. 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 סבוך 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 שיש צורך בהשלמה, היא תבוצע בהסכמת 2 הצדדים. אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפוסטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת המטופל/אפוסטרופוס בפעם השנייה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוסטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט דרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי**