



הסכמה לניתוח הוצאת משתל שד

1. ניתוח להוצאת משתל שד מבוצע מסיבות רפואיות או אסתטיות. הניתוח מבוצע תוך שימוש בהרגעה והרדמה מקומית או בהרדמה כללית.
2. שם המטופלת: _____ ת.ז. _____
3. אני החתומה מטה מבקשת מד"ר _____ לבצע בי ניתוח של הוצאת משתל מ (להקיף): שד ימין/ שד שמאל/ שני השדיים.
4. אני מצהירה בזאת כי קבלתי מהרופא/ה המנתח/ת הסבר מפורט לגבי התוצאות המקוות, המגבלות, הסיכונים, הסיבוכים ודרכי הטיפול החלופיות הקשורים לביצוע ניתוח זה.
5. ידוע לי כי הוצאת הקופסית סביב משתל השד מגדילה באופן ממשי את הסיכון לסיבוכים, כמפורט בטופס הסכמה זה, בהשוואה להסרת משתל השד ללא הקופסית סביבו.
6. אני יודעת כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, לא מונעת או מפחיתה את הסיכון להתפתחות של מחלות אחרות הקשורות למשתל השד המפורטות בטופס הסכמה זה.
7. הוסבר לי כי בשום מקרה לא ניתן להבטיח הסרה בשלמות של משתל השד לרבות המעטפת שלו ו/או תוכנו.
8. אני יודעת כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, גורמת לירידה בנפח השד ועלולה להיות מלווה בהפרשה ממושכת, זיהום, פתיחת תפרים, כיב פתוח, דימום ותופעות לוואי נוספות שידרשו טיפול ממושך ו/או אשפוז ו/או טיפול או טיפולים כירורגים נוספים.
9. ידוע לי כי הוצאת משתל השד, עם או בלי הקופסית סביבו, תיצור ברוב המקרים עיוות קבוע בצורת השד, חוסר נוחות, כאבים וחוסר סימטריה קבועה בפטמות, בעטרות ובמבנה השד הכללי וכן רפיון של העור והדגשה של קפלים, קרעים ופגמים בעור השד.
10. ידוע לי כי תיקון עיוות כזה עלול לדרוש ניתוחים וטיפולים נוספים אשר כל אחד מהם יעשה בתשלום מלא.
11. ידוע לי כי הוצאת משתל השד ו/או הקופסית עלולה להיות מלווה בפגיעה באברים פנימיים לרבות ניקוב מעטפת הראה (חזה אוויר, פנאומוטורקס), פגיעה באברי נשימה אחרים, כלי דם ואברים פנימיים אחרים.
12. הוסבר לי כי ניקוב של הראה הוא מצב מסכן חיים העלול לדרוש הכנסת נקז בין צלעי, ניתוח ואשפוז בבית חולים.
13. הוסבר לי כי טיפול בסיליקון בקשריות לשד (בלוטות למפה) אזוריות או במקומות אחרים בגוף הוא ניתוח ו/או ניתוחים אחרים ואינו חלק מניתוח הוצאת משתל שד אליו מתייחס טופס הסכמה זה.
14. ידוע לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות במקום הוצאת המשתלים העלולות להיות שונות מהצלקות במיקום הכנסתם של המשתלים ותלויה בשיקולי המנתח בזמן הניתוח. ידוע לי כי לחלק מן האוכלוסייה יש נטייה לפתח צלקות רחבות, מכוערות או קלואידיות (אדומות ומורמות) העלולות לגרום לרגישות, גרד, אי נוחות, ומראה מכוער קבוע.
15. אני מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת משתל השד. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל ו/או חספוס מעטפת המשתל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, ומחלות ריאומוטיות או של מערכת החיסון. יתכן ומשתל הסיליקון מעלה במידה קטנה, באחוז מסויים של נשים, את הסיכון לפתח מחלות ריאומוטיות כמו פיברומיאלגיה או אחרות. כמו כן, קיים סיכון מוגבר במקצת, אצל נשים עם משתלי חזה, לחלות בלימפומה Non Hodgkins ALCL Anaplastic Large Cell Lymphoma. התופעה העיקרית במקרים אלו הייתה הצטברות נוזלים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשתלים. אני יודעת כי הוצאת משתל השד לא מונעת או מפחיתה את הסיכון להתפתחות של מחלות אחרות הקשורות למשתל השד המפורטות בטופס הסכמה זה.
16. הובהר לי שצלקות פנמיות וחיצוניות הקשורות לניתוח הוצאת משתל שד עלולות להתפרש כגידול סרטני בבדיקות הדמיה ולכן אצטרך להיות במעקב ולבצע ביופסיות, לפי הצורך ועל פי שיקול דעתו של הרופא המטפל.
17. אני יודעת שתוצאות הניתוח לא יישמרו למשך כל החיים והתהליך המתמשך של צניחת השד ימשיך. אני יודעת כי שינוי במשקל הגוף ו/או הריון גורמים שינויים בצורת השד אותם לא נתן לצפות מראש.
18. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה כללית ו/או מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה כללית ומקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.
19. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
20. כמו כן אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך



- הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
21. אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצרכים מדעיים, תיעוד ומעקב.
22. הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינן 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 שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.
23. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח משלים, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות.
24. אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.
25. אני מאשר שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

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

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: _____