



## שדיים - הקטנה

### **הסכמה לניתוח הקטנת שדיים**

ניתוח להקטנת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, אם כי לעיתים, נעשה מסיבות רפואיות כדי להקטין עמוד השדרה ובית החזה. הקטנת שדיים מבוצעת באמצעות הרמה של הפטמה והסרה של

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית. **שם המטופלת:** \_\_\_\_\_ **ת.ז.** \_\_\_\_\_

מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ על ניתוח להקטנת

שמאל/שני השדיים). \*להלן: "הניתוח העיקרי" הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב,

והקאות, הזדקרות קבועה של הפטמות, שקיעה קבועה של הפטמות, ושינויים בתחושה בפטמות

תחושה תמידי. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות תלויה

ובתכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות כהות, רחבות ומכוערות, ו/או קלואידים

אדומות, ומגרדות למשך כל משך החיים). כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום

במקרים נדירים, התערבות דחופה כדי לעצרו), זיהום, פתיחה של התפרים, חוסר תחושה, עודף

נמק חלקי או מלא של הפטמות, ושל חלקים מעור השד. תתכן אסימטריה בין השדיים. כמו כן

שד עלול לפגום ביכולת ההנקה וביכולת האבחון והזיהוי של גידולים בבדיקות שד' יתכנו גושים

ובמקרים נדירים אף מוות. הוסבר לי הצורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה. הוסבר

עוצר את תהליכי ההתבלות הטבעי של הגוף וכי הניתוח לא עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של

שינויים קיצוניים במשקל, הריון, לידה והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצניחה של

הוסברה לי משמעות ניתוח הקטנה של השד ואני מבינה שהוא כרוך בצלקות ולמרות זאת, אני

נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית

או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה

תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים

לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. כמו לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. במידה ויהיה צורך בהרדמה אני הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים. כמו כן אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב. הוסבר לי כי רפואה בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל 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 לתוצאות הטיפול אותו אעבור. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

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

**אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוסטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי  
אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.**

חותמת וחתימת הרופא \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

