



בטן - מיני מתיחה - הסכמה לניתוח מתיחת בטן (קטנה)

מטרת הניתוח הינה להסיר עודפים של רקמת עור, ורקמת שומן מהבטן התחתונה. הניתוח אינו מסלק סמני מתיחה בעור הבטן אך יכול לשפר את המראה שלהם. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, אזורית או כללית. שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מד"ר _____ על: ניתוח מתיחת בטן קטנה ללא ניתוק של הטבור, *עם/בלי שאיבת שומן, *עם/בלי הדוק השרירים (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, בחילות, אי-נוחות, נפיחות, שטפי דם והצטברות נוזלים. ידוע לי כי הניתוח מחייב צלקת בבטן תחתונה ובנוסף צלקת (פרט) _____. ידוע לי כי צלקות אילו לא נעלמות, הן אינן ישרות והן נראות לעין. ידוע לי כי מתיחת הבטן תלווה במשיכה של אזור אבר המין כלפי מעלה ומשיכה של הטבור כלפי מטה. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, פתיחת התפרים, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות (קלואידיות-אדומות בולטות ומגרדות) או רחבות ומכוערות, כאב כרוני באזור המנותח, חוסר תחושה, נמק של העור, שיתור צלקות נוספות, אסימטריה בין שני צידי הבטן, חדירה לתוך חלל הבטן, תסחיפי שומן וקרישים לריאות ולמח, ובמקרים נדירים עד מוות. כמו כן באופן נדיר, דימום שיצריך ניתוח דחוף. הוסבר לי כי לאחר הניתוח תהיה הגבלה ביישור של הבטן למשך מספר שבועות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. כמו כן,

הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. במידה ויהיה צורך בהרדמה כללית אקבל הסבר בנפרד מרופא מרדים. אני מסכים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב. הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיכונים 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 שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות. 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/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך: _____.

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: _____