



פנים - מתיחה: טופס הסכמה: ניתוח מתיחת פנים

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור מהפנים והצוואר, וכן גם חיזוק והידוק של שרירי הפנים והצוואר, להתבצע בשילוב עם ניתוחים נוספים באזור הפנים, או במקומות נוספים הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית, או בהרדמה כללית. ניתוח זה איננו מתקן פגמים בעור הפנים כקמטוטים, כתמים ופגמים המטופל/ת: _____ ת.ז. _____ . אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי מידע על ניתוח **למתיחת הפנים והצוואר, עם/בלי מתיחת המצח, עפעפיים, קילוף "הניתוח העיקרי"** אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות נפיחות בעפעפיים ובפנים, יובש בעניים, שריטה כואבת בקרנית, דמעת, שטפי דם תת עוריים, כתמים בעור, נפיחיות תחושה, ובהמשך תחושת יתר, תחושת גרד, וחולשה של עצב הפנים. כמו כן הוסבר לי כי הצלקות תיראינה שבועות ולאחר מכן תטשטשנה. ידוע לי כי תמיד ניתן יהיה לראות צלקות באזורי החתכים, וכי צלקות אלה קלאידיות (אדומות בולטות ומגרדות לצמיתות) או רחבות ומכוערות, וטיבן קשור לסוג העור שלי ויכולת השיטות השונות המקובלות לביצוע ניתוח זה, והשיטה שנבחרה לביצוע. הוסבר לי התוצאות המקוות והמגבלות התיקון בניתוח זה כמו גם האפשרות שתיווצר אסימטריה של הפנים. הוסבר לי שאין הניתוח עוצר את תהליך עור הפנים, ולא נתן להעריך את משך היוותרות התוצאה שאחר הניתוח. כמו כן הובהר לי הסיבוכים האפשריים דימום(העלול להצריך ניתוח דחוף לשם עצירתו), זיהום (חיידקי או ויראלי - הרפס), פעירת שולי החתכים, נמק החתכים, ובמקומות אחרים, וחסר שיער באזור הצלקות, ציסטות בצלקות, שינוי במפתח העין, משיכת חולשה זמנית או קבועה של עצב הפנים, שינוי בצורת ההבעה של הפנים, עד כדי אסימטריה של הפנים, ו/או ולעיתים רחוקות, כאבים כרוניים בפנים. אני נותן/ת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית, אם יהיה בה צורך, יינתן לי על ידי מרדים. ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכים/ת לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד, ומעקב. הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אני לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי

לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם לתוצאות הטיפול אותו אעבור. במידה ויחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל 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

שהסברי הובנו במלואם: חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____

