



טופס הסכמה לניתוח לעיצוב הגוף לאחר ירידת משקל

LOWER / UPPER BODY CONTOURING AFTER WEIGHT LOSS

הניתוח נועד לתיקון תפקודי וקוסמטי באמצעות הסרת עודפי עור ושומן מאזור: * הבטן / מותניים / גב עליון / גב תחתון / עכוזים / ירכיים / זרועות / צידי החזה / בשילוב אפשרי של מתיחה של מעטפת שרירי הבטן שנחלשו / תיקון חזה גברי / הרמה ו/או הגדלה ו/או הקטנת שדיים / בשילוב שאיבת שומן מאזור _____ . סמן את האיברים/ים המנותחים. הניתוח מבוצע בהרדמה אזורית, או כללית. שם המטופל: _____ ת.ז. _____ . אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר _____ על ניתוח לעיצוב הגוף לאחר ירידת משקל (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתן. הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי ומגבלותיו, וכן שיתכנו מקרים בהם לא יושג מבנה גוף חלק ואידאלי ויישארו עודפי עור ושומן. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות, בחילות והקאות, ואובדן תחושה זמני בעור. הוסבר לי כי בכל מקרה תוותרנה צלקות באזורי הניתוח כפי שתואר ע"י הרופא המנתח, חלקן עלולות להיות קלואידיות (אדומות בולטות מגרדות) ועיתים רחבות כהות ומכוערות. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירת שולי החתכים, פגיעה בתחושה בעור, חוסר סימטריה (לרבות אסימטריה בין השדיים), סרומה (נסיוביות) ובמקרים נדירים נמק של העור שיצריך ניתוחים נוספים ויוסיף צלקות. בניתוחי השדיים נמק הפטמה, כולה או חלקה חוסר תחושה שלה, אי יכולת הנקה. כמו כן יתכנו קרישי דם ורידיים ובמקרים נדירים ביותר תסחיפים לריאות, שיצריכו הנשמה, ועלולים לגרום מוות. ייתכן שינוי במיקום הטבור ו/או עיוות צורתו. כמו כן עלולה להיות נפיחות זמנית או קבועה של הגפיים העליונים ו/או התחתונים. כשהיה צורך להוסיף משתלים בשדיים עלולים להיות כל הסיכונים הקשורים בהכנסת משתל, לרבות זיהומים עד כדי צורך להוציא את השתלים קפסולה מכאיבה, אסימטריה, שינויים בתחושת הפטמה, מיסוך של חלק מרקמת השד בממוגרפיה, ושינויים בצורת השד עם הגיל. ידוע לי כי שינויים במשקל הגוף, ותהליכי ההזדקנות ישנו את תוצאות הניתוח הראשוניות. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה 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 נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם

הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית או אזורית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב. 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 שייגרם 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 או באמצעות התחייבות של הגורם המבטח. 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: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוסטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה
אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם: חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____