



שומן - שאיבה - טופס הסכמה: ניתוח לשאיבת שומן LIPOSUCTION

שאיבת שומן הינה טכניקה ניתוחית המיועדת להרחקת ריכוזי שומן עודפים מאזורים מוגדרים בגוף. הניתוח תחליף לירידה במשקל, בעקבות שאיבת השומן יתכן לעיתים, צורך בניתוח להרחקת עודפי עור. הניתוח בהרדמה כללית, אזורית או מקומית. **שם המטופל/ת:** _____ **ת.ז.** _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח שאיבת _____ (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות

המקרה לרבות: כריתת עור ושומן עודפים, והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים השאיבה לא תשיג את התוצאות ו/או שתתבטא בהתכווצות לא אחידה של העור והופעת גומות או/ו שינויי צבע, בליטות או/ו שקעים על בשאיבת שומן דו צדדית עלולה להיווצר אסימטריה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הניתוח העיקרי לרבות כאב, בחילות והקאות, אי נוחות, ושינויים, חולפים או קבועים, בתחושת העור. הוסבר שבמקומות בהם יוחדר מכשיר השאיבה תוותר צלקת. הצלקות שתוותרנה תלויות בסוג העור שלי ותכונות ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (אדומות, בולטות ומגרדות). כמו כן הוסבר לי הסיכונים לרבות: דימום, זיהום והצטברות נוזלים (סרומה) באזורים מהם נשאב השומן. כמו כן יתכנו, נזקים ורידים, שטחית ועמוקה ובמקרים נדירים ביותר תסחיפים לריאות ו למח, כמו גם חדירה לחלל הבטן מוות. אני נותן/ת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית עמוקה, או בהרמה כללית כשההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים. כמו כן אני מצהיר/ה בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך העיקרי. אני מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב. הוסבר וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח לטפל 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 כמו אובדן רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות אותו אעבור. במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע 2 הצדדים ובעלות של שימוש חדר הניתוח בלבד. אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי. אני מאשר/ת לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

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

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה: _____ תאריך: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה

ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם:

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____.