



טופס הסכמה: לניתוח מתיחת בטן מלאה (ABDOMINOPLASTY)

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמות עור ורקמת שומן מהבטן התחתונה. הניתוח אינו מסלק סמני מתיחה בעור הבטן אך יכול לשפר את המראה שלהם. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית. לעיתים ניתוח זה משלב גם שאיבת שומן מחלקים שונים בבטן ובסביבתה.

שם המטופל/ת: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז
_____	_____	_____	_____

שם פרטי ושם משפחה _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות לוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות, שטפי דם והצטברות נוזלים, כמו גם בחילות והקאות, ידוע לי כי הניתוח מחייב צלקת בבטן תחתונה, צלקת סביב הטבור ובנוסף צלקת (פרט) _____ ידוע לי כי צלקות אלו לא נעלמות, הן אינן ישירות והן נראות לעין. לעיתים, מתפתחות צלקות רחבות ומכוערות או קלואידיות (אדומות בולטות ומגודות). ידוע לי כי מתיחת הבטן תלווה במשיכה של אזור אבר המין כלפי מעלה ומשיכה של הטבור כלפי מטה. אחר הניתוח משאירים נקזים הנותרים במקום למשך מספר ימים והם מוצאים בהתאם להחלטת המנתח, ועל פי כמות הנוזלים המנוקזת.

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, פתיחת התפרים, הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, כאב כרוני באזור המנותח, חוסר תחושה, אסימטריה בין שני צידי הבטן, הצטברות של נוזלים שעלולה להצריך ניקוז, נמק של עור הבטן, ו/או הטבור, שיצריכו ניתוחים נוספים ויהיו מלווים בצלקות נוספות. במקרים נדירים, דימום שיצריך ניתוח דחוף. תסחיפים של קרישים וחלקי רקמת שומן עלולים להגיע לריאות ולמוח, ועלולים להצריך הנשמה, ועלולים להצריך הנשמה, ועלולים לגרות למוות. הוסבר לי כי לאחר הניתוח תהיה הגבלה ביישור של הבטן למשך מספר שבועות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשילוב עם הרדמה מקומית. ההסבר על ההרדמה הכללית ינתן לי על ידי מרדים.

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 שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכי/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצרכים 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 ינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך 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 שני 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.



הרצליה
מדיקל
סנטר

-2-

אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.
חתימת המטופל/ת אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

X	שעה	תאריך
חתימה		
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	קרבת האפוטרופוס	שם האפוטרופוס

חתימת המטופל/ת אפוטרופוס בפעם השנייה:

X	שעה	תאריך
חתימה		
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	קרבת האפוטרופוס	שם האפוטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת/לאפוטרופוס של המטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רישיון	חתימה וחותמת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	----------------------	------------

*מחק/י את המיותר