



טופס הסכמה: ניתוח אף RHINOPLASTY

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו/או לשפר את מעבר האוויר.
הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה:

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

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

שם פרטי ושם משפחה _____

על ניתוח אף לצורך תיקון קוסמטי ו/או לצורך שיפור מעבר האוויר*.

לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: **יישור המחיצה/הרחקת טורבינות/תיקון אסתטי***. **פרט פעולות מתוכננות:** _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, הקשורות, בין השאר, במבנה אפי, טיב העור המכסה את האף וגילי, וממצאים בלתי צפויים שיתגלו במהלך הניתוח העיקרי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, נפיחות חיצונית ופנימית עד כדי קושי בנשימה, ושטפי דם תת-עוריים. הוסבר לי כי בכל מקרה של ניתוח הנחיריים יוותרו צלקות בבסיס הנחיריים. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, נקב במחיצת האף, הפרעות בחוש הריח, נזלת וקושי בנשימה לתקופה ממושכת, כמו כן יתכן נזק לרקמות עמוקות כמו שרירים וצינור הדמעות, ואסימטריה במבנה האף.

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 הליכים אחרים או נוספים, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



הרצליה
מדיקל
סנטר

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית 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.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה ד"ר**.

שם הרופא/ה המנתח/ת

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

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

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

*מחקק/י את המיותר והקק/י בעיגול את המתוכנן.
** מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת