



טופס הסכמה: ניתוח להגדלת שדיים BREAST AUGMENTATION WITH BREAST IMPLANT

ניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי. הגדלת שדיים מבוצעת באמצעות הכנסת תותב. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
על ניתוח להגדלת שד ימין/שד שמאל/ שני השדיים*			
באמצעות הכנסת תותב/ים מסוג _____ בנפח _____			
דרך חתך תת שדי/סביב העטרה/ בבית השחי* אחר _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").			

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הגדלת השדיים. כמו כן הוסבר לי שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי התותב ואחוז הקרע הספונטני במעטפת. במקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת התותב.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, הזדקרות קבועה של הפטמות ושינויים בתחושה בפטמות. הוסבר לי שבכל מקרה תותרנה צלקות באזור החתכים.

צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום ואסימטריה בין השדיים. כמו כן הוסברה לי האפשרות של סיבוכים הקשורים בתותב לרבות דליפה או קרע במעטפת התותב וכן פליטה או דחיה של התותב שיצריכו ניתוח להוצאתו, התקשות קופסית התותב והתכווצותו וכתוצאה מכך אי נוחות, כאב, ועיוות צורת הפטמה עד כדי צורך בהוצאת התותב. הובהר לי שעד היום לא הוכח באופן חד משמעי הקשר בין השתלת התותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכמו כן הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות).

כן הובהר לי שהכנסת התותב פוגמת ביכולת האבחון והזיהוי של גידולים בבדיקות שד. הוסבר לי הצורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.



-2-

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

אני יודעת ומסכימה 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 בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי על הניתוח יהיה ד"ר**

שם הרופא/ה המנתח/ת

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס 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

*מחקי/את המיותר והקפי/ בעיגול את הרלוונטי.
**מלא/י במקרה של חולה פרטית