



טופס הסכמה: ניתוח קוסמטי של האוזניים OTOPLASTY

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנח אפרכסות האוזניים, או לצורך תיקון קוסמטי אחר. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם המשפחה	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 קוסמטי באוזן ימין/אוזן שמאל/שתי האוזניים*. פרט מהות הניתוח (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח לרבות האפשרות של אסימטריה בין האוזניים ו/או חזרת האוזן למצבה הקודם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ושינויי תחושה בעור האפרכסת. הוסבר לי שחתי הניתוח מתבצעים בחלק הקדמי או האחורי של עור האפרכסת ובסחוס האפרכסת עצמם ובכל מקרה תוותרנה צלקות בחתי הניתוח. במקרים בהם יורחק סחוס מהאפרכסת, תתכן היווצרות קפל עור בקדמת האפרכסת. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תפתחנה צלקות קלואדיות.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום עד כדי אבדן עור ו/סחוס, פעירה של שולי החתכים, וחוסר תחושה בעור האפרכסות.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט הליכים אחרים או נוספים, 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 שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

