

טופס הסכמה לניתוח מתיחת בטן מלאה

ABDOMINOPLASTY

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן מהבטן התחתונה. הניתוח אינו מסלק סימני 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.

פרטי החולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' אסף זלצר על ניתוח על ניתוח מתיחת בטן הכולל ניתוק של הטבור, עם או בלי שאיבת שומן (להלן: "הניתוח העיקרי").			

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי 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 ישרות והן נראות לעין. לעיתים מתפתחות צלקות רחבות ומכוערות או קלואידיות (אדומות בולטות ומגודדות), 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 הסיכונים 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 נתחים נוספים ויהיו מלווים בצלקות נוספות.

ובמקרים נדירים, דימום שיצריך ניתוח דחוף. תסחיפים של קרישים וחלקי רקמת שומן עלולים להגיע לריאות ולמח, ועלולים להצריך הנשמה, ועלולים לגרום מוות. הוסבר לי כי לאחר הניתוח תהיה הגבלה ביישור של הבטן למשך מספר שבועות.

אני נותן/ת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשלוב עם הרדמה מקומית. ההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר 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 ב מלואם, 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 מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינן 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 יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך 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 שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח משלים, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני יודעת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי אחראי לניתוח יהיה **פרופ' אסף זלצר**

תאריך	שעה	חתימת המטופל/ת
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס* / למתרגם/ת של החולה את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון
שם המתרגם/ת	קשרו למטופל/ת	

*מחק/י את המיותר
**מלא במקרה של חולה פרטי/ת