

טופס הסכמה ניתוח לעיצוב הגוף לאחר ירידה במשקל LOWER/ UPPER BODY CONTOURING WEIGHT LOSS

הניתוח נועד לתיקון תפקודי וקוסמטי באמצעות הסרת עודפי שומן מאזור :

☐ הבטן ☐ מותניים ☐ גב עליון ☐ גב עליון ☐ גב תחתון ☐ עכוזים ☐ ירכיים ☐ זרועות ☐ צידי חזה
☐ בשילוב אפשרי של מתיחת מעטפת שרירי הבטן שנחלשו ☐ תיקון חזה גברי ☐ הרמה ו/או הגדלה ו/או
הקטנת שדיים ☐ בשילוב שאיבת שומן מאזור _____
(סמן האיבר/ים המנותחים) _____

פרטי החולה :

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' אסף על ניתוח לעיצוב הגוף לאחר ירידת משקל LOWER/ UPPER BODY CONTOURING WEIGHT LOSS (להלן: "הניתוח העיקרי").			
הוסבר לי על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתן.			

לרבות: כריתת עור ושומן עודפים, והסיכויים והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי ומגבלותיו וכן שיתכנו מקרים בהם לא יושג מבנה גוף חלק ואידיאלי ויישארו עודפי עור ושומן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי, לרבות כאב, אי-נוחות, נפיחות, בחילות, הקאות ואובדן תחושה זמני בעור.

הוסבר לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות באיזורי הניתוח כפי שתואר ע"י הרופא המנתח, חלקן עלולות להיות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות) ולעיתים רחבות כהות ומכוערות, הוסבר לי שצורת הצלקת שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירת שולי החתכים, פגיעה בתחושה בעור, חוסר הסימטריה (לרבות אסימטריה בין השדיים), סרומה (נסיוביות) ובמקרים נדירים נמק של העור שיצריך ניתוחים נוספים ויוסיף צלקות בניתוחי שדיים נמק הפטמה, כולה או חלקה חוסר תחושה שלה, אי יכולת הנקה, כמו כן ייתכנו קרישי דם וורידים במקרים נדירים ביותר תסחיפים לריאות, שיצריכו הנשמה ועלולים לגרום למוות. ייתכן שינוי במיקום הטבור ו/או עיוות צורתו. כמו כן, עלולה להיות נפיחות זמנית או קבועה של הגפיים העליונים ו/או התחתונים. כשיהיה צורך להוסיף משתלים בשדיים עלולים להיות כל הסיבוכים הקשורים בהכנסת משתל, לרבות זיהומים עד כדי צורך להוציא את השתלים קפסולה מכאיבה, אסימטריה, שינויים בתחושת הפטמה, מיסוך של חלק מרקמת השד בממוגרפיה, ושינויים בצורת השד עם הגיל. ידוע לי כי שינויים במשקל הגוף, ותהליכי הזדקנות ישנו את תוצאות הניתוח הראשוניות.

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 בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת

נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, 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 נוספות, שלדעתו של פרופ' זלצר יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה כללית או אזורית וההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי המרדים.

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 מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת לפי בחירתי.

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 **פרופ' אסף זלצר**.

תאריך	שעה	חתימת המטופל/ת
שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס* / 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	

*מחקר/י את המיותר

**מלא במקרה של חולה פרטי/ת