

טופס הסכמה ניתוח הרמת מצח/גבות

מטרת הניתוח הינה להרים את הגבות למנחן הטבעי, הניתוח מבוצע באמצעות הסרת עודפי עור דרך חתך בקו הקדמי של השיער, או מספר סמ' מאחורי קו זה, ולעיתים דרך חתכים במצח עצמו או מעל הגבות. לעיתים הגישה הינה דרך החתכים באזורי הרקות או שיש שימוש בתפרים או באביזרים אחרים כדי למקם את הרקמות. בחלק מן השיטות מבטלים פעולתם של חלק מן השרירים, כדי להפחית את כמות הקמטים במצח.

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 הרמת המצח והגבות, בשיטת (פירוט): _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואיננוחות, נפיחות בעפעפיים, יובש בעיניים, שריטה כואבת בקרנית, דמעת, שטפי דם תת עוריים, כתמים בעור, נפיחות, חוסר תחושה, ובהמשך תחושת יתר, תחושת גרד, וחולשה של עצב הפנים, כמו גם בחילות והקאות, כמו כן הוסבר לי כי הצלקות תיראנה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה, ידוע לי כי תמיד ניתן יהיה לראות צלקות באזורי החתכים, וכי צלקות אלה עלולות להיות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות לצמיתות) או רחבות ומכווערות, וטיבן קשור לסוג העור שלי ויכולת הריפוי שלו. הוסבר לי השיטות השונות המקובלות לביצוע ניתוח זה, והשיטה שנבחרה לביצוע. הוסבר לי התוצאות המקוות והמגבלות של יכולת התיקון בניתוח זה כמו גם האפשרות שתיווצר אסימטריה של החלק העליון של הפנים.

כמו כן, הובהר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום (חיידקי או ויראלי-הרפס), פעירת שולי חתכים, נמק של רקמה באזור החתכים, וחסר שיער באזור הצלקות, ציסטות בצלקות, שינוי במפתח העין, משיכת עפעף, כאב כרוני, חולשה זמנית או קבועה של עצב הפנים, שינוי בצורת ההבעה של הפנים, עד כדי אסימטריה של הגבות והפנים, ו/או פגיעה תחושתית, ולעיתים רחוקות, דימום אשר יצריך ניתוח דחוף לעצירת הדימום, וכאב כרוני. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה, הסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים. 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, 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, שלדעת הרופא יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצרכים 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/ע 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 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

*מחקר/י את המיותר
**מלא במקרה של חולה פרטית