

טופס הסכמה ניתוח מתיחת פנים

FACELIFT

ניתוח הניתוח הינו קוסמטי ומיועד למתוח את עור הפנים והצוואר ולהסיר עודפי שומן באזור הפנים. הניתוח אינו עוצר את תהליכי הזדקנות העור. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

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 מתיחת פנים ועל האזורים המתוכננים למתיחה. הוסברו לי הגישות הניתוחיות המקובלות והגישה הניתוחית שנבחרה. לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: מתיחת הפנים - צוואר/מתיחת המצח /תיקון העפעפיים/ ביצוע קילוף סביב הפה. * פעולה נוספת - פרט _____ (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח וכן האפשרות שתיווצר אסימטריה בפנים. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב ואי-נוחות, נפיחות ניכרת ומתיחה יתרה של הפנים, והפרעות בתחושה שיחלפו לאחר פרק זמן. הוסבר לי שבכל מקרה תיוותרנה צלקות באזור החתכים. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן, הובהרו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירה של שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים וחסר שיער באזורי הצלקות. כמו כן יתכנו פגיעות עצביות המתבטאות בשיתוק, עד כדי אסימטריה של הפנים, ו/או פגיעה תחושתית. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. 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 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 ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על- ידי מרדים.			

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 יודעת/ת 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