



טופס הסכמה: ניתוח אף RHINOPLASTY

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו/או לשפר את מעבר האוויר.
הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה: _____

| | | | |
|----------|---------|--------|-------|
| שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת. ז. |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

| | |
|---------|----------|
| שם פרטי | שם משפחה |
| _____ | _____ |

על ניתוח אף לצורך **תיקון קוסמטי ו/או לצורך שיפור מעבר האוויר**.
לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: **יישור המחיצה / הרחקת טורבינות / תיקון אסתטי**. פרט פעולות מתוכננות:

(להלן: "הניתוח העיקרי"). _____

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בנייתו, הקשורות, בין השאר, במבנה אפי, טיב העור המכסה את האף וגילי, וממצאים בלתי צפויים שיתגלו במהלך הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות חיצונית ופנימית, עד כדי קושי בנשימה, ושטפי דם תת עוריים. הוסבר לי כי בכל מקרה של ניתוח הנחיריים יוותרו צלקות בבסיס הנחיריים. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הרפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלאידיות.

כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום, נקב במחיצת האף; הפרעות בחוש הריח, נזלת וקושי בנשימה לתקופה ממושכת. כמו כן יתכן נזק לרקמות עמוקות כמו שרירים וצינור הדמעות, ואסימטריה במבנה האף. 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 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 הסיבוכים והסיכונים 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.
אני יודעת/מסכים/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** _____

שם הרופא/ה

| | | |
|-------|-------|-------------|
| תאריך | שעה | חתימת החולה |
| _____ | _____ | _____ |

שם האפוטרופוס (קירבה) _____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

| | | |
|------------|---------------|------------|
| שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רישיון |
| _____ | _____ | _____ |

* מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.

** מלא/י במקרה של חולה פרטי.