

## BREAST REDUCTION ניתוח להקטנת שדיים טופס הסכמה: ניתוח להקטנת שדיים

מדבקה

ניתוח להקטנת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, ולעיתים מתבצע בשל צורך רפואי. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם המטופלת: \_\_\_\_\_ שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על ניתוח להקטנת שני השדיים/שד ימין/שד שמאל\* (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנושאי המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתה. הוסבר לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי וכן מגבלותיו לרבות אסימטריה בין השדיים. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן הוסבר לי שבחלק מהמקרים לא תהיה אפשרות להניק לאחר ניתוח להקטנת שדיים. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות על השד ומתחתיו. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירת שולי החתכים, פגיעה בתחושה בפטמות, ואפשרות להתפתחות נמק חלקי של הפטמה והעטרה או של חלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רחוקות, התערבות ניתוחית. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה 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 לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית והוסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 תאריך שעה חתימת המטופלת  
 \_\_\_\_\_  
 שם האפוסטרופוס (קירבה) חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, חולה נפש)

אני מאשרת/תי כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס של המטופל \* 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

\* מחקי את המיותר