

הסכמה לניתוח הגדלת שרירי החזה בגבר עם שתלי סיליקון

ניתוח להגדלת שרירי החזה הינו ניתוח קוסמטי. הניתוח מבוצע באמצעות הכנסת תותב. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ שם האב _____ ת.ז. _____ .
אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר מאיר כהן על ניתוח למילוי שריר חזה ימין/שריר חזה שמאל/שני שרירי החזה *.

באמצעות הכנסת תותב/ים מסוג _____ בנפח _____
דרך חתך תת שדי/ סביב העטרה / בבית השחי* אחר _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").
הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הגדלת שרירי החזה. כמו כן הוסבר לי שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי התותב. במקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת התותב.
אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, הזדקרות קבועה של הפטמות, ושינויים בתחושה בפטמות. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום ואסימטריה בין שני שרירי החזה. כמו כן הוסברה לי האפשרות של סיבוכים הקשורים בתותב לרבות קרע בתותב וכן פליטה או דחייה של התותב שיצריכו ניתוח להוצאתו; התקשות קופסית התותב והתכווצותו וכתוצאה מכך אי נוחות, כאב, ועיוות צורת החזה והפטמה עד כדי צורך בהוצאת התותב; הובהר לי שעד היום לא הוכח באופן חד משמעי הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכמו כן הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). כן הובהר לי שהכנסת התותב פוגמת ביכולת האבחון והזיהוי של גידולים בבדיקות שד.

הוסבר לי הצורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה. הוסבר לי כי הניתוח לא עוצר את תהליכי ההתבלות הטבעית של הגוף וכי משקל התותבת עלול להאיץ את תהליך הצניחה הטבעי של הרקמות. ידוע לי כי ההחלטה לגבי גודל התותבת היא סופית ולא נתן לשנות את גודל שרירי החזה ללא ניתוח נוסף. אני מאשר כי הוסבר לי לגבי סוגי וגדלי השתלים השונים כי השתל שאני מסכים שיוכנס לגופי הוא בגודל בו אני רוצה וכי החלטה זו איננה נתנת לשינוי. ידוע לי כי במקרה של הגדלה עם מותחן יהיה צורך בתהליך של ניפוח השקית האורך מספר חדשים וכי יתכן ויהיה צורך בניתוח להסרה של השסתום והחלפה של המותחן בתותבת קבועה.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית 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. כמו כן, הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. במדה ויהיה צורך בהרדמה כללית אקבל הסבר מרופא מרדים.

אני מסכימה/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול ומאשרת לדר' מאיר כהן להשתמש בתמונות אלו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשרת/לדר' כהן להשתמש בצילומים לצרכי הדרכה במדיה מודפסת או דיגטלית תוך הסתרה של פרטים מזהים.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט הם מדע לא מדויק וכי לא נתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. דר' כהן מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי משום סוג במידה ויהיו סיבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, הובהר לי כי דר' כהן לא יכסה שום נזק כספי ו/או נזק אחר שיגרם לי בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז במתקן רפואי ו/או כל נזק ישיר או עקיף אחר שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

חתימת המטופל _____ תאריך _____ שעה _____
חתימת אפוסטרופוס _____ תאריך _____ שעה _____
קרבת האפוסטרופוס: אב/אם/מונה על ידי בית המשפט/אחר* _____
(אפוסטרופוס ימשם במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש).
אני מאשר כי הסברתי לחולה/אפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש כי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.
דר' מאיר כהן מ.ר. 25464 חתימה _____ תאריך _____ שעה _____
*מחקר/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.