

## הסכמה לניתוח החלפת שתלים בשדיים

ניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי. הגדלת שדיים מבוצעת באמצעות הכנסת תותב. הניתוח להחלפת השתלים מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית והוא מהווה תיקון ו/או השלמה של ניתוח הגדלת השדיים שעברתי בעבר.

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ .  
אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר מאיר כהן על ניתוח להחלפת שתלים בשד ימין/שד שמאל/שני השדיים 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 השדיים והסיכונים הקשורים להחלפת שתלים. כמו כן הוסבר לי שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי התותב ואחוז הקרע הספונטני במעטפת. במקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת התותב.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, הזדקרות קבועה של הפטמות ושינויים בתחושה בפטמות. הוסבר לי שבכל מקרה תותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום, זיהום ואסימטריה בין השדיים. כמו כן הוסברה לי האפשרות של סיבוכים הקשורים בתותב לרבות דליפה או קרע במעטפת התותב וכן פליטה או דחייה של התותב שיצריכו ניתוח להוצאתו; התקשות קופסית התותב והתכווצותו וכתוצאה מכך אי נוחות, כאב, ועיוות צורת הפטמה 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 כי בהחלפת שתלים לשתל אנטומי יתכן סיבוך של סיבוב השתל וכי סיבוך זה איננו ניתן למניעה מראש.**  
הוסבר לי הצורך במעקב תקופתי קבוע ולפחות אחת לשנה. הוסבר לי כי הניתוח לא עוצר את תהליכי ההתבלות הטבעי של הגוף וכי משקל התותבת עלול להאיץ את תהליך הצניחה הטיבעי של השד. ידוע לי כי הריון, לידה והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצניחה של השדיים. כמו כן, הוסברה לי משמעות ניתוח להרמה של השד ואני מבינה שהוא כרוך בצלקות ולכן אינני מעוניינת בו. ידוע לי כי ההחלטה לגבי גודל התותבת היא סופית ולא נתן לשנות את גודל השד ללא ניתוח נוסף. אני מאשרת כי בדקתי סוגי וגדלי השתלים השונים כי השתל שאני מסכימה שיוכנס לגופי הוא בגודל בו אני רוצה וכי החלטה זו איננה נתנת לשינוי. הוסבר לי כי בחלק קטן מהמקרים לא נתן להניק לאחר הניתוח. אני נותנת 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 בנפרד מרופא מרדים.

אני מסכימה/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול ומאשרת לד"ר מאיר כהן להשתמש בתמונות אלו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשרת/ת לד"ר כהן להשתמש בצילומים לצרכי הדרכה 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 ימשש 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 והקפ/י בעיגול את המתוכנן.