הסכמה לניתוח לשאיבת שומן בשילוב המסת שומן באולטרסאונד

שאיבת שומן הינה טכניקה ניתוחית המיועדת להרחקת ריכוזי שומן עודפים מאזורים מוגדרים בגוף. הניתוח אינו מהווה תחליף לירידה במשקל. בעקבות שאיבת השומן יתכן לעיתים, צורך בניתוח להרחקת עודפי עור. שאיבת השומן נעשית בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, הרדמה אזורית או כללית. הטיפול נעשה בחלק מהמקרים תוך שימוש במכשיר אולטרסאונד המשמש להמסה של השומן.

המטופל – שם פרטי_____ שם משפחה_____שם האב_____ת.ז._____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מדר' מאיר כהן על:
ניתוח שאיבת שומן מאזור_____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות: כריתת עור ושומן עודפים, והסיכויים והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.
הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים השאיבה לא תשיג את התוצאות הרצויות ו/או שתתבטא בהתכווצות לא אחידה של העור והופעת גומות או בליטות על פני השטח. בשאיבת שומן דו צדדית עלולה להיווצר אסימטריה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי-נוחות, ושינויים, חולפים או קבועים, בתחושת העור.
הוסבר לי שבמקומות בהם יוחדר מכשיר השאיבה תוותר צלקת. הצלקות שתוותרנה תלויות בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום והצטברות נוזלים (סרומה) באזורים מהם נשאב השומן. כמו כן יתכנו, נזקים לעור באזור המטופל לרבות צלקות שטוחות או מורמות מסוג קלואיד, דלקת ורידים - שטחית ועמוקה ובמקרים נדירים ביותר תסחיפים לריאות.
ידוע לי כי במקרים מסויימים, לשם קבלת תוצאה טובה עלי לעבור טיפולי ניקוז למפטי לפי הנחיותיו של דר' מאיר כהן. הוסבר לי כי ללא טיפולים אלו לא תתקבל תוצאה טובה באזור הטיפול.
אני נותן/ת 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 מסכימ/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול ומאשרת לדר' מאיר כהן להשתמש בתמונות אלו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת 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 מדוייק וכי לא נתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. דר' כהן מתחייב לטפל במסירות בסיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ינתן 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 אפוטרופוס_____ תאריך_____ שעה_____

קרבת האפוטרופוס: אב/אם/מונה על ידי בית המשפט/אחר*_____
(אפוטרופוס ישמש במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש).

אני מאשר כי הסברתי לחולה/אפוטרופוס 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_____
*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.