

הסכמה לניתוח שיחזור פטמה ו/או עטרה

ניתוח שיחזור פטמה ו/או עטרה הוא ניתוח קוסמטי. הניתוח נעשה באמצעות מתלים מקומיים ו/או תפרים ו/או שתל ממקור אחר בגוף. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית או כללית.

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר מאיר כהן על ניתוח לשיחזור פטמה/עטרה/שניהם בשד ימין/שד שמאל/שני השדיים) . *להלן: "הניתוח העיקרי".

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת שיחזור הפטמה ו/או העטרה.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, הזדקרות קבועה של הפטמות, שקיעה 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 כהות ו/או קלואידיות .

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, חוסר תחושה, עודף תחושה, ואסימטריה בין השדיים ו/או הפטמות ו/או העטרות. כמו כן הובהר לי שניתוח שד פוגם ביכולת ההנקה וביכולת 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 הניתוח לא עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של השד. ידוע לי כי הריון, לידה והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצניחה של השדיים. כמו כן, הוסברה לי משמעות הניתוח ואני מבינה שהוא כרוך בצלקות ולמרות זה אני מעוניינת בו. 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/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 ניתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. דר' כהן מתחייב לטפל במסירות בסיבוכי או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי משום סוג במידה ויהיו סיבוכי 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 _____

*מחקר/י את המיותר והקפ/י בעיגול את המתוכנן .