

טופס הסכמה: ניתוח מתיחת פנים
FACELIFT

מדבקת מטופל

הניתוח הינו קוסמטי ומיועד למתוח את עור הפנים והצוואר ולהסיר עודפי שומן באזור הפנים. הניתוח אינו עוצר את תהליכי הזדקנות העור. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי שם משפחה

על ניתוח למתיחת פנים ועל האזורים המתוכננים למתיחה. הוסברו לי הגישות הניתוחיות המקובלות והגישה הניתוחית שנבחרה. לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: **מתיחת הפנים - צוואר/מתיחת המצח/תיקון העפעפיים/ביצוע קילוף סביב הפה*.**

פעולה נוספת - פרט

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח וכן האפשרות שתוצר אסימטריה בפנים. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב ואי-נוחות, נפיחות ניכרת ומתיחה יתרה של הפנים, והפרעות בתחושה שיחלפו לאחר פרק זמן.

הוסבר לי שבכל מקרה תיוותרנה צלקות באזור החתכים. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הובהרו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירה של שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים וחסר שיער באזורי הצלקות. כמו כן יתכנו פגיעות עצביות המתבטאות בשיתוק, עד כדי אסימטריה של הפנים, ו/או פגיעה תחושתית.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, וקריופראציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לווריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן הדם או מרכיביו נועד להצלת החיים, שיפור הסיכוי להחלמה וריפוי של המטופל. הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנהלי משרד הבריאות. כמו כן, נבדקת התאמת מנות הדם ומרכיביו לחולה המקבל.

עם זאת, קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו לגוף החולה וכתוצאה מכך, עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה.

לעיתים נדירות, עלולה להתרחש תגובה המוליטית(הרס כדוריות אדומות) אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת מנות הדם ומרכיביו ובדיקתן בבנק הדם מתבצעות בשיטות העדכניות ביותר לאיתור זיהום אפשרי קיים סיכוי קטן לחדירת זיהום לגוף החולה.

הנהלת בית החולים

זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) - ובאיידס (נגיף הכשל החיסוני) - קיימים אך נדירים ביותר. למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל הכרוך באי-קבלת דם ומרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי-קבלת דם ומרכיביו כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיבוכים רפואיים ובמקרים מסוימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירווי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית 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. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על-ידי מרדים.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה _____

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות: _____

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

שם האפוסטרופוס חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוסטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא וחתימה _____ מס' רשיון _____