

טופס הסכמה: ניתוח להקטנת שדיים

BREAST REDUCTION

إستمارة موافقة: عملية لتصغير الثديين

إن عملية تصغير الثديين هي عملية تجميل، وتُنفَّذ، أحياناً، لسبب عرض طبيّ. تُجرى العملية تحت تأثير تخدير عامّ.

اسم المريضة/ שם החולה:

اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי اسم الأب/ שם האב رقم الهوية/ ת.ז.

أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور

اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי

عن العملية لتصغير الثديين/ الثدي الأيمن/ الثدي الأيسر* (في ما يلي: "العملية الأساسية").

وُضِّحت لي طرائق العلاج البديلة المملّنة في ظروف الحالة، إيجابيات كلٍّ منها وسلبياتها واحتمالات نجاحها.

وُضِّحت لي النتائج المرجوة من العملية الأساسية كما قيودها بما فيها عدم التماثل بين الثديين.

أعلن بهذا وأقرُّ بأنَّه وُضِّحت لي العوارض الجانبية بعد العملية الأساسية بما فيها الألم وعدم الش عور بالراحة. كما وُضِّحت لي أنه، في قسم من الحالات، لا تكون هناك إمكانية للإرضاع بعد عملية لتصغير الثديين.

وُضِّحت لي أنه، في الأحوال جميعها، ستظلُّ ندوب على الثدي وتحت. وُضِّحت لي أن شكل الندوب المتبقية متعلق بنوع جلدي وبمزايا تعافيه، وهناك حالات تتطوّر فيها ندوب كلونيدية.

كما وُضِّحت لي المضاعفات المحتملة بما فيها: النزيف، التلوث، تشقّق هوامش الجروح، الإضرار بالإحساس في الحلمتين، وإمكانية تطور غرغرينا جزئية في الحلمة أو في جزء من نسيج الثدي، ما يوجب، في أحيان متباعدة، تدخُّلاً جراحياً.

أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

كما تلقيت شرحاً، وإبني مُدركة أنّ هناك احتمالاً لأن يُضَّح- في أثناء العملية الأساسية- وجود حاجة إلى توسيع نطاقها، تغييرها، أو اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيّ، بما في ذلك عمليّات جراحية إضافية، لا يمكن توقُّعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وُضِّحت لي.

بناءً عليه، أنا أوافق، أيضاً، على ذلك التوسيع، التّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية، ست كون- كما يعتقد أطلبه المؤسسة- حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.

وُضِّحت لي أن العملية تُجرى تحت تأثير تخدير عامّ، وسأتلقّى شرحاً عن التّخدير من اختصاصيّ التّخدير.

أنا على علم، كما أنني موافقة على أن تُنفَّذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيُلقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم أتلّق ضماناً أنه ستُجرى كلّها أو سيُجرى قسم منها بيد إنسان معيّن، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المُتّبعة ف ي المؤسسة، كما يقضي القانون.

وإن المسؤول عن العملية سيكون**

اسم الطبيب/ة/ שם הרופא/ה

توقيع المريضة/ חתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

اسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה) توقيع الوصيّ (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريضة، نفسانياً)/ חתימת

האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה או חולת נפש)

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيّاً للمريضة / للوصيِّ على المريضة* الوارد أعلاه كلّهُ، بالتفصيل المطلوب، وبأنّها/ ه وقعت/ وقع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّها/ ه فهمت/ فهم شروحي كاملة.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

توقيع الطبيب/ة/ חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ة/ שם הרופא/ה

*يرجى شطب الزائد وإحاطة المتعلق بالموضوع بدائرة/ מחק/ י את המיותר והקפי/ בעיגול את הליוונטי.
**إملا/ י في حالة مريضة خاصة/ מלא / במקרה של חולה פרטי.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית