

# הסכמה לניתוח/טיפול משלים

הניתוח המשלים משמש להשלמת ניתוח פלסטי או טיפול הקודם אותו עברתי. הניתוח מבוצע בעזרת חומרי הרגעה והרדמה מקומית או בהרדמה כללית.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני החתומה/ה מטה מבקשת/ת מד"ר \_\_\_\_\_ לבצע בי ניתוח/טיפול משלים הכולל

הנני מצהיר/ה בזאת כי קבלתי מהרופא/ה המנתח/ת הסבר מפורט בע"פ על התוצאות המקוות, המגבלות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בבצוע ניתוח זה. הוסבר גם שבמדה ומדובר בהחדרת משתל סיליקון אין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי המשתל, ואחוזי הקרע הספונטאני של המעטפת של משתל הכולל מעטפת. הוסבר לי שבמקרים של קרע או התבלות המשתל, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת המשתל.

הנני מסכימה/ה לבצוע הרדמה מקומית או כללית בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים והנני מצהירה שהוסברו לי הסיכונים הסבירים הקשורים בכל סוג של הרדמה.

הנני מצהיר/ה שהוסבר לי ואני מבינה שלא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של הניתוח. היות ובני האדם אינם זהים מבחינת המבנה האנטומי ותכונות הרקמות, התגובה לניתוח, ויצירת הצלקות עלולה להיות שונה ממתופל אחד למשנהו. ידוע לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות במקום החדרת המשתלים, ולחלק מן האוכלוסיה יש נטייה לפתח צלקות רחבות ומכוערות או קלואידיות העלולות לגרום רגישות, גרד, אי נוחות, ומראה בלתי אסתטי. תגובה שונה בין אדם אחד לשני עלולה להיות גם בעקבות החדרת משתלים שונים כגון: סיליקון ג'ל או לאחר לקיחת תרופות. היות ומדובר כאן בגורמים שלמנתח אין עליהם שליטה מלאה, תוצאת הניתוח עלולה להיות שונה מאחד לשני. לכן אני מבינה שגם את תגובתי שלי לניתוח ולסיבוכים שצוינו לעיל אין אפשרות לצפות במדויק, לכן אני מצהירה שלא ניתנה לי אחריות או הבטחה בדבר התוצאה של הניתוח שאותו אני עומדת לעבור.

אני מבינה/ה שבכל ניתוח עלולים להיות סיבוכים בלתי רצויים כגון: זיהומים, שיחייבו טיפול אנטיביוטי אגרסיבי, ובמקרים של כשלון הטיפול יהיה צורך להוציא את המשתל המזוהם, או פתיחת תפרים, כאבים חזקים, אי נוחות, ספיגה של עצם סמוכה ובמקרה של ניתוח בשד: הזדקרות קבועה של הפטמות, שינויים בתחושת הפטמות והשד כולו, אסימטריה בין השדיים, כמו גם חדירה לבית החזה והריאות, העלולים להסתיים במוות. כמו כן יתכנו סיבוכים נוספים.

הנני מצהיר/ה שידוע לי שקיימת בעיה של התכווצות קופסתית –דהיינו יצירת רקמה חיבורית נוקשה סביב המשתל, העלולה לגרום לכאב ובמקרה של משתל שד לעיוות השד, ולעיתים, בלי יכולת לתקן גם באמצעות ניתוח נוסף, דהיינו, ניתוח בו מוחלף המשתל ונכרתת הקופסית הנוקשה.

ידוע לי שהתקשות זו מהווה תגובה פיזיולוגית של הגוף להשתלת גוף זר, ואינה מסוכנת בפני עצמה.

אני גם מודעת/ת לעובדה שבמקרה של שתל עם ג'ל סיליקון, קיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת המשתל. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל ו/או חספוס מעטפת המשתל בשד לבין התפתחות מיני סרטן שונים, ומחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון, אך עד היום לא הוכח באופן מדעי קשר מסוג זה, למעט סיכון מוגבר במקצת, אצל נשים עם משתל חזה, לחלות בלמפומה Non Hodgkins נדירה מסוג Anaplastic Large Cell Lymphoma ALCL. התופעה העיקרית במקרים אלו הייתה הצטברות נוזלים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשתלים. עליך לפנות למנתח שלך אם מתפתחים תסמינים יוצאי דופן הקשורים למשתלי השדיים שבגופך.

הובהר לי גם שהכנסת המשתל לשד או לאבר אחר פוגעת במידה מסוימת ביכולת הזיהוי של גידולי שד, או גדולי

אבר אחר בעיקר בממוגרפיה ו/או באמצעי בדיקה או הדמיה אחרים.

ידוע לי כי שינויים קיצוניים במשקל, הריון, לידה, והנקה משנים את צורת הפנים, הגוף ועלולים לגרום לצניחת השדיים. כמו כן הוסברה לי מהות ניתוח להרמת השד, אני מבינה שהוא כרוך בהוספת צלקות, ועל כן, אינני מעוניינת בו. ידוע לי כי ההחלטה לגבי גודל המשתל הינה סופית, ושינוי הגודל אחר סיום הניתוח כרוך בניתוח נוסף. אני מאשרת שבדקתי את סוגי וגודל המשתלים השונים, וכי אני מסכימה להכנסת המשתל בעל הגודל שנבחר על ידי, בסיוע המנתח. הוסבר לי גם כן, שמשתלי שד אנטומיים עלולים להסתובב, ולא ניתן למנוע זאת מראש. ידוע לי והוסבר לי כי טיב הסיליקון ממנו עשוי המשתל שיושתל בגופי נעשה על פי מיטב הידע והמיומנות המקצועית הידועות היום אך אין בהם כדי להבטיח באופן מוחלט העדר תופעות בעתיד. אני יודעת שתוצאות הניתוח לא יישמרו למשך כל החיים והתהליך המתמשך של צניחת רקמות הגוף לרבות השד ימשיך.

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, והסיבוכים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אני נותנת/באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שלעיתים הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. ההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהירה/ומאשרת/בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכימה/לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח/ת מתחייב/ת לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח נוסף, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא/ה המנתח/ת או הרופא/ה המטפל/ת כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מוותרת/ת בזה באופן סופי ומוחלט על כל טענה, דרישה או תביעה מד"ר \_\_\_\_\_ מספר רשיון \_\_\_\_\_ ו/או שליחיו ו/או עובדיו ו/או כל מי שהוא מטעמו ו/או מכוחו בגין ועקב ניתוח/טיפול פלסטי מסוג \_\_\_\_\_ שעברתי/ו או בגין כל טיפול המשך רפואי ו/או קוסמטי, וכן בגין ועקב כל הכרוך בטיפולים רפואיים אלה ובגין תוצאות טיפולים אלה (להלן: "הטיפולים")

הנני מוותרת/ת בזה על כל תביעה כספית או אחרת בגין ועקב הטיפולים שטיפל/ה בי הנ"ל ו/או בגין כל טענה אחרת נשוא הטיפולים, לרבות בגין ועקב כל נזק, כאב, סבל, אי-נוחות, הוצאות כלשהן, צורך במתן טיפולים נוספים ו/או עלותם הכספית.

האמור לעיל חל הן לגבי נזקים שהיו קיימים, אם היו, בסמוך לאחר הטיפולים והן לגבי נזקים שיתהוו או יתגבשו בעתיד כתוצאה מהטיפולים או בגינם בין במישרין ובין בעקיפין.

אין לי ולא תהיינה לי כל תביעות ו/או טענות ו/או דרישות כלפי ד"ר \_\_\_\_\_ ו/או שליחיו ו/או מי מטעמו הם בכל נושא שהוא, הן המפורט לעיל ו/או אחר מכל מין וסוג שהוא הקשור במישרין או בעקיפין לנשוא ויתור זה.

בתמורה לכתב ויתור זה וללא הודעה באחריות לנזקים לכאורה שנגרמו לי יבוצע הניתוח המשלים ללא תשלום נוסף.

אני מצהיר/ה כי לא הגשתי תביעה ו/או תלונה ו/או בקשה לבית המשפט ו/או לכל מוסד ו/או רשות ו/או גוף אחר בקשר עם הטיפולים נשוא כתב קבלה ושחרור זה, ואני מתחייב כי לא אגיש בעתיד תביעה ו/או תלונה ו/או בקשה כלשהי לבית המשפט ו/או לכל מוסד ו/או רשות ו/או גוף אחר בקשר עם הטיפולים ו/או תוצאותיהם.

הנני מצהיר/ה ומתחייב/ת כי במקרה שד"ר \_\_\_\_\_ ידרש לשלם לאדם ו/או לגוף ו/או למוסד כלשהו הטבת נזק מכח החוק לתיקון דיני הנזיקין האזרחיים (הטבת נזקי גוף) תשכ"ד-1964 או מכח כל חוק אחר או הוצאות כלשהן בגין תביעה ו/או תלונה ו/או בקשה שהוגשה ו/או שתוגש על ידי, אני אחזיר להם את כל הסכומים, לרבות הוצאות משפטיות, ריבית ושכ"ט עו"ד אשר ישאו בהם.

אני מתחייב/ת לשמור פרטי כתב ויתור זה בסודיות, ולא לפרסמו בעצמי, או באמצעות מי מטעמי, באמצעי התקשורת ו/או בכל אמצעי פומבי אחר.

אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השניה: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחר ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

חותמת וחתימת הרופא \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_