

Clinics

Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.  
Haifa 13 Sherit Hapleta st.  
Nahariya 21 Sokolov st.

1800-331-441

Tel. 972-4-8550930 טל.  
Tel. 972-4-8550931 טל.  
Tel. 972-4-9824777 טל.  
Fax. 972-4-8550929 פקס.

www.drgovrin.co.il

מרפאות

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4  
חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניא  
נהריה - רח' סוקולוב 21

הסכמה לניתוח מתיחת בטן מלאה ABDOMINOPLASTY

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור ורקמת שומן מהבטן התחתונה. הניתוח אינו מסלק סמני מתיחה בעור הבטן אך יכול לשפר את המראה שלהם. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה כללית. לעיתים ניתוח זה משלב גם שאיבת שומן מחלקים שונים בבטן ובסביבתה שם המטופל/ת. ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מדר' \_\_\_\_\_ על "ניתוח מתיחת בטן הכולל ניתוק של הטבור, עם או בלי שאיבת שומן (להלן: "הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי-נוחות, נפיחות, שטפי דם והצטברות נוזלים, כמו גם בחילות והקאות. ידוע לי כי הניתוח מחייב צלקת בבטן תחתונה צלקת סביב הטבור ובנוסף צלקת (פרט) \_\_\_\_\_ ידוע לי

כי צלקות אילו לא נעלמות, הן אינן ישרות והן נראות לעין. לעיתים מתפתחות צלקות רחבות ומכוערות או קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות), ידוע לי כי מתיחת הבטן תלווה במשיכה

של אזור אבר המין כלפי מעלה ומשיכה של הטבור כלפי מטה. אחר הניתוח משאירים נקזים הנותרים במקום למשך מספר ימים, והם מוצאים בהתאם להחלטת המנתח, ועל פי כמות הנוזלים המנוקזת

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, פתיחת התפרים הופעת ציסטות באזור התפרים, צלקות בולטות, כאב כרוני באזור המנותח, חוסר תחושה, אסימטריה בין שני צידי הבטן, הצטברות של נוזלים שעלולה להצריך ניקוז, נמק של עור הבטן, ו/או הטבור, שיצריכו נתחים נוספים ויהיו מלווים בצלקות נוספות

ובמקרים נדירים, דימום שיצריך ניתוח דחוף. תסחיפים של קרישים וחלקי רקמת שומן עלולים להגיע לריאות ולמח, ועלולים להצריך הנשמה, ועלולים לגרום מוות. הוסבר לי כי לאחר הניתוח תהיה הגבלה ביישור של הבטן למשך מספר שבועות.

אני נותן/ת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשילוב עם הרדמה מקומית. ההסבר על ההרדמה הכללית ינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה 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 מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

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

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיכונים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב 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 מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות

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

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 השנייה: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_