

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 אף

מטרת הניתוח לתקן את מראה האף ו/או לשפר את מעבר האויר דרך האף שם המטופל: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מדר' _____ על: ניתוח אף אסתטי/ המחיצה / הרחקת טורבינות / תיקון אסתטי* פרט פעולות מתוכננות

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, הקשורות, בין השאר, במבנה אפי טיב העור המכסה את האף וגילי, וממצאים בלתי צפויים שיתגלו במהלך הניתוח העיקרי. ידוע לי כי ניתן להעריך את תוצאת הניתוח רק כשנה מיום הטיפול

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי

נוחות, בחילות והקאות דמיות, נפיחות חיצונית ופנימית, עד כדי קושי בנשימה, ושטפי דם תת-עוריים. ידוע לי כי בכל מקרה של ניתוח הנחיריים יוותרו צלקות בבסיס הנחיריים. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הרפוי שלו וקיימים מקרים נדירים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות כמו כן הוסברו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום, נקב במחיצת האף (במקרה של תיקון המחיצה); הפרעות בחוש הריח, נזלת וקושי בנשימה לתקופה ממושכת. כמו כן יתכן נזק לרקמות עמוקות כמו שרירים וצינור הדמעות, נזק חיצוני לעור האף, ואסימטריה במבנה האף כמו גם בלט של הסחוסים דרך העור

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה.הסבר על ההרדמה הכללית, אם תידרש, יינתן 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/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצורכים מדעיים, תיעוד, ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים 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 ובעלות של שימוש חדר הניתוח בלבד.

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

אני מאשר 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: _____