

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, דניה
נהריה - רח' סוקולוב 21

הסכמה לניתוח הגדלת שדיים בשתלי סיליקון ג'ל

הניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי (ולעיתים כחלק משחזור השדיים). ההגדלה מבוצעת ע"י הכנסת משתל סיליקון המכיל בתוכו סיליקון ג'ל. הניתוח מבוצע בעזרת חומרי הרגעה והרדמה מקומית או בהרדמה כללית.

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____
לבצע בי ניתוח של הגדלת שד/שחזור שד ימין/שמאל/ שני השדיים ע"י משתלי סיליקון. אני החתומה מטה מבקשת מד"ר _____ להגדלת שד/שחזור שד ימין/שמאל/ שני השדיים ע"י משתלי סיליקון. הנני מצהירה בזאת כי קבלתי מהרופא המנתח הסבר מפורט בע"פ על התוצאות המקוות, המגבלות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות הסיכיים והסיכונים הכרוכים בבצוע ניתוח זה. הוסבר גם שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי המשתל, ואחוזי הקרע הספונטאני של המעטפת. הוסבר שבמקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת המשתל. הנני מסכימה לבצוע הרדמה מקומית או כללית בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים והנני מצהירה שהוסברו לי הסיכונים הסבירים הקשורים בכל סוג של הרדמה.

הנני מצהירה 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 ממטופל אחד למשנהו. ידוע לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות במקום החדרת השתלים, ולחלק מן האוכלוסייה 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 שתלים 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 שצויינו לעיל אין אפשרות לצפות במדויק, לכן אני מצהירה שלא ניתנה לי אחריות או הבטחה בדבר התוצאה של הניתוח שאותו אני עומדת לעבור. אני מבינה 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, הזדקרות קבועה של הפטמות, ושינויים בתחושת הפטמות והשד כולו, ואסימטריה בין השדיים, כמו גם חדירה לבית החזה והריאות, העלולים להסתיים במוות. כמו כן יתכנו סיבוכים נוספים.

הנני מצהירה שידוע לי שקיימת בעיה של **התנווצות קופסתית** – דהיינו יצירת רקמה חיבורית נוקשה סביב המשתל, העלולה לגרום לכאב ולעיוות השד, ולעיתים, בלי יכולת לתקנו גם באמצעות ניתוח נוסף, דהיינו, ניתוח בו מוחלף המשתל ונכרתת הקופסתית הנוקשה. ידוע לי שהתקשות זו מהווה תגובה פיזיולוגית של הגוף להשתלת גוף זר, ואינה מסוכנת בפני עצמה. אני גם מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת השתל. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, ומחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון, אך עד היום לא הוכח באופן מדעי קשר מסוג זה. הובהר לי גם שהכנסת המשתל פוגעת במידה מסוימת ביכולת הזיהוי של גידולי שד, בעיקר בממוגרפיה.

ידוע לי כי שינויים קיצוניים במשקל, הריון, לידה, והנקה משנים את צורת השד 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, ששתלים אנטומיים עלולים להסתובב, ולא ניתן למנוע זאת מראש. ידוע לי והוסבר לי כי טיב הסיליקון ממנו עשוי השתל 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 השד ימשך.

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 הטיפול לצרכים 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 ובמחיר עלות 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 השניה: _____ תאריך: _____ שעה: _____

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

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____