

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

טופס הסכמה: מתיחת פנים

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור מהפנים והצואר, וכן גם חיזוק והידוק של שרירי הפנים והצואר. ניתוח זה יכול להתבצע בשילוב עם ניתוחים נוספים באזור הפנים, או במקומות נוספים הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת הרגעה עמוקה, או בהרדמה כללית. ניתוח זה איננו מתקן פגמים בעור הפנים כקמטוטים, כתמים ופגמים בשפתיים.

שם המטופל/ת: _____ ת.ז. _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____
על ניתוח למתיחת הפנים והצואר, עם/בלי מתיחת המצח, עפעפיים, קילוף סביב הפה, להלן "הניתוח העיקרי"

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, נפיחות בעפעפיים ובפנים, יובש בעניים, שריטה כואבת בקרנית, דמעת, שטפי דם תת עוריים, כתמים בעור, נפיחות, חוסר תחושה, ובהמשך תחושת יתר, תחושת גרד, וחולשה של עצב הפנים. כמו כן הוסבר לי כי הצלקות תיראינה בברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תשטטשנה. ידוע לי כי תמיד ניתן יהיה לראות צלקות באזורי החתכים, וכי צלקות אלה עלולות להיות קלואידיות (אדומות בולטות ומגודדות לצמיתות) או רחבות ומכוערות, וטיבן קשור לסוג העור שלי ויכולת הריפוי שלו. הוסבר לי השיטות השונות המקובלות לביצוע ניתוח זה, והשיטה שנבחרה לביצוע.

הוסבר לי התוצאות המקוות והמגבלות, של יכולת התיקון בניתוח זה כמו גם האפשרות שתיווצר אסימטריה של הפנים. הוסבר לי שאין הניתוח עוצר את תהליך ההזדקנות הטבעי של עור הפנים, ולא נתן להעריך את משך היוותרות התוצאה שאחר הניתוח.

כמו כן הובהר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום(העלול להצריך ניתוח דחוף לשם עצירתו), זיהום (חיידקי או ויראלי – הרפס), פעירת שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים, ובמקומות אחרים, וחסר שיער באזור הצלקות, ציסטות בצלקות, שינוי במפתח העין, משיכת העפעף, כאב כרוני, חולשה זמנית או קבועה של עצב הפנים, שינוי בצורת ההבעה של הפנים, עד כדי אסימטריה של הפנים, ו/או פגיעה תחושתית, ולעיתים רחוקות, כאבים כרוניים בפנים.

אני נותן/ת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית, אם יהיה בה צורך, יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/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 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 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 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: _____