

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

LIPOSUCTION ניתוח לשאיבת שומן

שאיבת שומן הינה טכניקה ניתוחית המיועדת להרחקת ריכוזי שומן עודפים מאזורים מוגדרים בגוף. הניתוח אינו מהווה תחליף לירידה במשקל, בעקבות שאיבת השומן יתכן לעיתים, צורך בניתוח להרחקת עודפי עור. הניתוח מתבצע בהרדמה כללית, אזורית או מקומית

שם המטופל/ת: _____ **ת.ז.** _____
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____
על ניתוח שאיבת שומן מאזור _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות: כריתת עור ושומן עודפים, והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים השאיבה לא תשיג את התוצאות הרצויות ו/או שתתבטא בהתכווצות לא אחידה של העור והופעת גומות או/ו שינויי צבע, בליטות או/ו שקעים על פני השטח. בשאיבת שומן דו צדדית עלולה להיווצר אסימטריה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, בחילות והקאות, אי נוחות, ושינויים, חולפים או קבועים, בתחושת העור. הוסבר לי שבמקומות בהם יוחדר מכשיר השאיבה תוותר צלקת. הצלקות שתוותרנה תלויות בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (אדומות, בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום, זיהום והצטברות נוזלים (סרומה) באזורים מהם נשאב השומן. כמו כן יתכנו, נזקים לעור, דלקת ורידים, שטחית ועמוקה ובמקרים נדירים ביותר תסחיפים לריאות ו למח, כמו גם חדירה לחלל הבטן או החזה, ועד מוות.

אני נותן/ת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית והרגעה עמוקה, או בהרמה כללית כשההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין 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 לצורכי 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 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/אפוסטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפוסטרופוס בפעם השנייה: _____

תאריך: _____ שעה: _____

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

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____