

טופס הסכמה: ניתוח לשאיבת שומן LIPOSUCTION

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 חולה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב
----------	---------	--------

ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט מד"ר

שם	שם משפחה
----	----------

פרטי

על ניתוח שאיבת שומן מאזור _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות: כריתת עור ושומן עודפים, והסיכויים 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 בליטות על פני השטח. בשאיבת שומן זו צדדית עלולה להיווצר אסימטריה. אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, 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 תפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים 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. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

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 חויל לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה* _____

שם הרופא/ה

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית



חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה

שם האפוטרופוס (קירבה)

(נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של החולה** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

* מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת

** מחק/י את המיותר

