



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	מדבקת פרטי מטופל

BREAST REDUCTION ניתוח הסכמה: ניתוח להקטנת שדיים

ניתוח להקטנת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, ולעיתים מתבצע בשל צורך רפואי. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם החולה:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת"ז
אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר _____				
שם פרטי	שם משפחה			

על ניתוח להקטנת שני השדיים/שד ימין/שד שמאל* (להלן: "הניתוח העיקרי"). הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכויי הצלחתן. הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי וכן מגבלותיו לרבות אסימטריה בין השדיים. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן הוסבר לי שבחלק מהמקרים לא תהיה אפשרות להניק לאחר ניתוח להקטנת שדיים. הוסבר לי שבכל מקרה תותרנה צלקות על השד ומתחתיו. הוסבר לי שצורת הצלקות שתיוותרנה תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פעירת שולי החתכים, פגיעה בתחושה בפטמות, ואפשרות להתפתחות נמק חלקי של הפטמה והעטרה או של חלק מרקמת השד שיצריכו, לעיתים רחוקות, התערבות ניתוחית. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. 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 רופאי המוסד יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים. אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק וכי האחראי על הניתוח יהיה**

שם הרופא/ה _____

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)		חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רשיון
------------	---------------	-----------

* מחקי את המיותר והקפי/י בעיגול את המתוכנן.
** מלא/י במקרה של חולה פרטית.