

מדבקה גדולה

טופס הסכמה לניתוח קוסמטי של האוזניים OTOPLASTY

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנח אפרכסות האוזניים, או לצורך תיקון קוסמטי אחר.
הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדמה כללית.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על ניתוח קוסמטי באוזן ימין / אוזן שמאל / שתי האוזניים*.

פרט מהות הניתוח _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות, האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח לרבות האפשרות של אסימטריה ו/או חזרת האוזן למצבה הקודם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ושינויי תחושה בעור האפרכסת. הוסבר לי שחתי הניתוח מתבצעים בחלק הקדמי או האחורי של עור האפרכסת ובסחוס האפרכסת עצמם ובכל מקרה תוותרנה צלקות בחתכי הניתוח. במקרים בהם יורחק סחוס מהאפרכסת, תתכן היווצרות קפל עור בקדמת האפרכסת. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלאידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיכויים האפשריים לרבות: זיהום עד כדי אובדן עור ו/או סחוס, פעירה של שולי החתכים, וחוסר תחושה בעור האפרכסות.

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 בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך, אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים, 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 והסיכויים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיכויים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות המוסד, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

אני הח"מ מודעת/ת לכך שייתכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותן/ת הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

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

שם האפוסטרופוס (קרבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
-----------------------	---

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

שם הרופא/ה	חתימה	מספר רישיון
------------	-------	-------------

*מחקי את המיותר