דר' יואב אברהמי
מומחה לכירורגיה פלסטית

הסכמה לניתוח מתיחת פנים

מטרת הניתוח להסיר עודפים של רקמת עור מהפנים והצוואר, וכן גם חיזוק והידוק של שרירי הפנים והצוואר. 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 ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח למתיחת **הפנים ו / או הצוואר** (להלן "הניתוח העיקרי").

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

הוסברו 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 ניתן להעריך את משך היוותרות התוצאה שאחר הניתוח.

כמו כן הובהרו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום (העלול להצריך ניתוח דחוף לשם עצירתו), זיהום (חיידקי או נגיפי כמו הרפס), פעירת שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים ובמקומות אחרים, חסר שיער או ציסטות באזור הצלקות, דיכאון שיצריך טיפול, חולשה זמנית או קבועה של עצב הפנים, שינוי בצורת ההבעה של הפנים, עד כדי אסימטריה של הפנים, שינויי תחושה מחוסר תחושה ועד לכאב כרוני.

אני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/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 מסכים/מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכים/מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), 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 סיבוך 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 בדרך-כלל כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני 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 בטופס ההסכמה 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.

תאריך: _____ שעה: _____

חותמת וחתימה _____