

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח לשחזור שד ** RECONSTRUCTION OF BREAST

ניתוח לשחזור שד מוצע לנשים לאחר כריתת שד. פעולת השחזור יכולה להתחיל מיד בסיום כריתת השד, באותו ניתוח, או במועד אחר. אפשרויות השחזור כוללות: שימוש בתותב, יצירת מתלה, שלוב של מתלה ותותב. השחזור יכול להתבצע בשלב אחד או בשלבים. בחירת העיתוי וטכניקת השחזור נעשים בהתאם לנתונים הפיזיים של האישה, היקף הכריתה, סוג השחזור, שיקולי המנתח והעדפות האישה. שחזור הפטמה והעטרה מתבצע בניחות נפרד.

שם האישה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת"ז _____
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על ניתוח לשחזור שד ימין/שמאל* באמצעות השתלת תותב בלבד*/ מתלה מהבטן/ מהגב* ללא השתלת תותב*/ מתלה מהבטן/ מתלה אחרת, פרט _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

(מלא את הפרטים המתייחסים לניתוח הנוכחי) **

קיבלתי הסבר על סוגי התותבים:

הוסכם על השתלת תותב קבוע מסוג _____ בנפח של כ- _____ סמ"ק.

הוסכם על השתלת תותב זמני מסוג _____ שימולא עד לנפח של כ- _____ סמ"ק.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות ותופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב, אי נוחות, והגבלה בתנועה באזורים המנותחים שבדרך כלל חולפים עם הזמן. הכאב באזור הוצאת המתלה (בטן או גב) עלול להמשך ולהיות בעל אופי כרוני ומלווה בקשיים בתפקוד. בניחות עם יצירת מתלה תותרנה צלקות גם באזור נטילת המתלה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזורי הניתוח, שיצריך טיפול בזיהום עד כדי הוצאת התותב במקרים של שימוש בתותב. הוסבר לי שכאשר השחזור מתבצע באמצעות מתלה אפשריים סיכונים כמו: פגיעה עצבית המתבטאת בליקויי תחושה או תנועה של האזור ממנו נלקח המתלה, ונמק חלקי או שלם של המתלה עד כדי אובדן השחזור. כאשר המתלה נלקח מהבטן, תתכן חולשה של דופן הבטן עד כדי קעקע שלעיתים יצריך ניתוח מתקן. כאשר המתלה נלקח מהגב, תתכן חולשה של הזרוע בתנועות מסוימות.

כמו כן הוסברה לי האפשרות לסיכונים הקשורים בתותב, לרבות: דליפה או קרע במעטפת התותב וכן פליטה או דחייה של התותב, שיצריכו ניתוח להוצאתו; התקשויות עקב היווצרות קופסית סביב התותב שתגרום לאי נוחות וכאב.

הובהר לי, שעד היום לא הוכח הקשר בין השתלת תותב והתפתחות מחלה סרטנית, וכן הקשר עם תופעות ראוטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). הובהר לי ששחזור באמצעות תותב עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, והקרנות של שד המשוחרר באמצעות תותב עלולות לגרום להתקשות סביבו. קבלת טיפול כמותרפי וקרינתי עלולים לפגום או לעכב את תהליך השחזור. 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 יהיה צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בודאות 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 העיקרי מתבצע בהרדמה כללית והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של 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 האישה _____

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

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

* מחקי/ את המיותר והקף/ בעיגול את המתוכנן.

** בניחות המתבצע בשלבים יש להחתיים את האישה על טופס הסכמה נפרד לכל ניתוח.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

*** מלא/י במקרה של חולה פרטית.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית

