



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

**** 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 האשה, היקף הכריתה, סוג השחזור, שיקולי המנתח והעדפות האשה. שחזור הפטמה והעטרה מתבצע בניתוח נפרד.

שם האשה: _____

שם פרטי	שם משפחה	שם האב	ת"ז
_____	_____	_____	_____

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי _____ שם משפחה _____

על ניתוח לשחזור שד ימק/שמאל* באמצעות השתלת תותב בלבד*/ מתלה מהבטן/ מהגב* ללא השתלת תותב*/ מתלה מהבטן/ מהגב* והשתלת תותב. השחזור ייעשה בשלב אחד / שלבים*.

טכניקה 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 שברוך כלל חולפים עם הזמן. הכאב באזור הוצאת המתלה (בטן או גב) עלול להמשיך ולהיות בעל אופי כרוני ומלווה בקשיים בתפקוד. בניתוח עם יצירת מתלה תוותרנה צלקות גם באזור נטילת המתלה.

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים האפשריים לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזור/ 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 בקע 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 מתלה סרטנית, וכן הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). הובהר לי ששחזור באמצעות תותב עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבריקות שד, והקרנות של שד המשוחרר באמצעות תותב עלולות לגרום להתקשות סביבו. קבלת טיפול כמותרפי וקרינת עוליים 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 לאשה 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/י בעיגול את המתוכנן.

** בניתוח המתבצע בשלבים יש להחתים את האשה על טופס הסכמה נפרד לכל ניתוח.

*** מלא/י במקרה של תולה פרטית.

מחלקה כירורגית

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית

