



שדיים - שחזור

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 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 לשחזור שד ימין/שמאל* באמצעות השתלת משתל בלבד*/מתלה מהבטן/מהגב* ללא השתלת משתל*/מתלה מהבטן/מהגב* והשתלת תותב. השחזור יעשה בשלב אחד/שלבים*. טכניקה אחרת, פרט _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

(מלא את הפרטים המתייחסים לניתוח הנוכחי)** קיבלתי הסבר על סוגי המשתלים:

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

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי התוצאות המקוות ותופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי-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. בניתוח עם יצירת מתלה תוותרנה צלקות גם באזור נטילת המתלה.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: דימום, זיהום באזור/י הניתוח, שיצריך טיפול בזיהום עד כדי הוצאת התותב במקרים של שימוש בתותב. הוסבר לי שכאשר השחזור מתבצע באמצעות מתלה אפשריים סיבוכים 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 לסיבוכים הקשורים במשתל, הנני מצהירה בזאת כי קבלתי מהרופא המנתח הסבר מפורט בע"פ על התוצאות המקוות, המגבלות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בבצוע ניתוח זה. הוסבר גם שאין נתונים מדויקים לגבי אורך חיי המשתל, ואחוזי הקרע הספונטאני של המעטפת. הוסבר שבמקרים של קרע או התבלות, עלול להיווצר צורך בניתוח נוסף להחלפת המשתל. הנני מסכימה לבצוע הרדמה מקומית או כללית בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים והנני מצהירה שהוסברו לי הסיכונים הסבירים הקשורים בכל סוג של הרדמה.

הנני מצהירה שהוסבר לי ואני מבינה שלא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של הניתוח. היות ובני האדם אינם זהים מבחינת המבנה האנטומי ותכונות הרקמות, התגובה לניתוח, ויצירת הצלקות עלולה להיות שונה ממטופל אחד למשנהו. ידוע לי כי בכל מקרה תיוותרנה צלקות במקום החדרת השתלים, ולחלק מן האוכלוסייה יש נטייה לפתח צלקות קלואידיות העלולות לגרום רגישות, גרד, אי נוחות, ומראה בלתי אסתטי לעיתים, הצלקות רחבות ומכוערות. תגובה שונה בין אדם אחד לשני עלולה להיות גם בעקבות החדרת משתלים שונים כגון: סיליקון ג'ל או לאחר לקיחת תרופות. היות ומדובר כאן בגורמים שלמנתח אין עליהם שליטה מלאה, תוצאת הניתוח עלולה להיות שונה מאחד לשני. לכן אני מבינה שגם את תגובתי שלי לניתוח ולסיבוכים שצויינו לעיל אין אפשרות לצפות במדויק, לכן אני מצהירה שלא ניתנה לי אחריות או הבטחה בדבר התוצאה של הניתוח שאותו אני עומדת לעבור.

אני מבינה שבכל ניתוח עלולים להיות סיבוכים או תופעות לוואי בלתי רצויות כגון: זיהומים, שיחייבו טיפול אנטיביוטי אגרסיבי, ובמקרים של כשלון הטיפול יהיה צורך להוציא את המשתל המזוהם, או פתיחת תפרים, כאבים חזקים, אי נוחות, ואסימטריה בין השדיים, שחזור העטרה והפטמה נעשים לרב בטיפול נפרד.

הנני מצהירה שידוע לי שקיימת בעיה של התכווצות קופסתית –דהיינו יצירת רקמה חיבורית נוקשה סביב המשתל, העלולה לגרום לכאב ולעיוות השד, ולעיתים, בלי יכולת לתקנו גם באמצעות ניתוח נוסף, דהיינו, ניתוח בו מוחלף המשתל

ונכרתת הקופסית הנוקשה.

ידוע לי שהתקשות זו מהווה תגובה פיזיולוגית של הגוף להשתלת גוף זר, ואינה מסוכנת בפני עצמה. אני גם מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת השתל. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, ומחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון, אך עד היום לא הוכח באופן מדעי קשר מסוג זה. הובהר לי גם שהכנסת המשתל פוגעת במידה מסוימת ביכולת הזיהוי של גידולי שד, בעיקר בממוגרפייה.

ידוע לי כי שינויים קיצוניים במשקל, הריון, לידה, והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצניחת השדיים. כמו כן הוסברה לי מהות ניתוח להרמת השד, אני מבינה שהוא כרוך בהוספת צלקות, ועל כן, אינני מעוניינת בו. ידוע לי כי ההחלטה לגבי גודל המשתל הינה סופית, ושינוי הגודל אחר סיום הניתוח כרוך בניתוח נוסף. אני מאשרת שבדקתי את סוגי וגודל המשתלים השונים, וכי אני מסכימה להכנסת המשתל בעל הגודל שנבחר על ידי, בסיוע המנתח. הוסבר לי גם כן, שששתלים אנטומיים עלולים להסתובב, ולא ניתן למנוע זאת מראש. ידוע לי והוסבר לי כי טיב הסיליקון ממנו עשוי השתל שיושתל בגופי נעשה על פי מיטב הידע והמיומנות המקצועית הידועות היום אך אין בהם כדי להבטיח באופן מוחלט העדר תופעות בעתיד. אני יודעת שתוצאות הניתוח לא יישמרו למשך כל החיים והתהליך המתמשך של צניחת השד ימשיך. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה. אני נותנת באת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית, וההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים.

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 המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים, 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 סבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שייגרם 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 בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר עלות, או לפי החלטת הגורם המבטח.

אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר שהיה לי הזמן לעיין בו 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.

חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____ * מחקי/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.