



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 בניתוח נפרד.

שם האישה: _____

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת 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/ 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 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 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 ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות). הובהר לי ששחזור באמצעות תותב עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, והקרנות של שד המשוחזר באמצעות תותב עלולות לגרום להתקשות סביבו. קבלת טיפול כימותרפי 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 בוודאות 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
-------	-----	-------------

שם האפוטרופוס (קירבה לאישה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

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

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------

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