

ZAŁĄCZNIK NR 2  
INFORMACJA O ZABIEGU OPERACJI GINEKOMASTII

Imię i nazwisko pacjenta.....  
Adres zamieszkania.....  
Data urodzenia.....  
PESEL.....  
Rodzaj planowanego zabiegu.....

Instrukcja

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o zabiegu korekcji ginekomastii, ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pan przeczytał te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

Informacje ogólne- Charakterystyka operacji ginekomastii

Wskazania:

Ginekomastia jest stanem klinicznym, które obejmuje przerost tkanki gruczołowej u mężczyzn. Może być spowodowany zmianami hormonalnymi lub może być związany ze stosowaniem sterydów. Ginekomastia może również występować bez przyczyny. Zabieg ginekomastii jest operacją wykonywaną w celu usunięcia tych objawów i odtworzenia prawidłowego wyglądu klatki piersiowej.

Leczenie alternatywne:

Operacja ginekomastii jest leczeniem operacyjnym z wyboru. Alternatywnym leczeniem jest nie poddawanie się leczeniu. U niektórych pacjentów można zastosować odsysanie tłuszczu w celu zmniejszenia wielkości piersi lub liposukcję laserową

Celem proponowanego zabiegu jest:

Zmniejszenie gruczołów piersiowych i ewentualnie wycięcie nadmiaru wiotkiej skóry

.....

Podpis Pacjenta

### Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :

1. Blizny – Każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. Nieprawidłowe blizny mogą występować na powierzchni skóry i tkankach położonych głębiej. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja. Mogą występować zmarszczenia lub nierówności wokół brodawki, które z czasem ulegną poprawie, lecz nie znikną całkowicie.
2. Asymetria – Pewna asymetria piersi występuje u większości ludzi. Różnice w wyglądzie piersi i brodawki, kształcie, wielkości lub symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii po operacji ginekomastii.
3. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po operacji ginekomastii. Skóra w operowanej okolicy może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra. Rzadko zdarza się jednak, że to przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu lub może pozostać na zawsze.
4. Nierówności widoczne na powierzchni skóry – Nierówności widoczne na skórze oraz widoczne zagłębienia mogą występować po zabiegu ginekomastii. Ponadto może występować pofałdowanie skóry lub jej zmarszczenie. Po pewnym czasie może to ulec poprawie lub wymagać dodatkowej operacji.
5. Odległe wyniki – Zmiany kształtu ciała mogą być związane z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej wcześniej operacji.
6. Ból – Po operacji może występować ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

Podpis Pacjenta

### Czynniki ryzyka związane z operacją ginekomastii

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem operacji ginekomastii.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu piersi.

1. Krwawienie – występuje rzadko. Jest możliwe w trakcie lub po operacji. Jeżeli występuje krwawienie pooperacyjne, może wymagać natychmiastowego leczenia w celu zapobiegnięcia powstawaniu krwiaka lub transfuzji. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem. Po operacji ginekomastii może często dochodzić do nadmiernego zasinienia. Może zmniejszyć te objawy poprzez pooperacyjne zastosowanie odpowiedniego, uciskowego ubrania.
2. Infekcja – jest bardzo rzadkim powikłaniem po tego typu operacji. Jeśli wystąpi infekcja leczenie polega na podawaniu antybiotyków. Jeżeli infekcja nie reaguje na leczenie antybiotykami, może być konieczna dodatkowa operacja.
3. Zaburzenia czucia brodawki lub skóry na piersiach – Pewne zaburzenia czucia brodawki są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie. Częściowa lub całkowita utrata czucia na brodawce lub otaczającej skórze może również wystąpić i obejmować jedną lub obie brodawki.
4. Blizny – Każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja.
5. Niezadowolający efekt – Po operacji mogą występować deformacje piersi, złe gojenie i nieprawidłowy kształt klatki piersiowej. Brodawka może nie mieć okrągłego kształtu po operacji i może wymagać dodatkowej operacji. Dodatkowa operacja może być również konieczna w celu usunięcia nierówności widocznych na powierzchni skóry. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.
6. Przedłużone gojenie – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pewne obszary skóry piersi lub okolice brodawki mogą nie goić się prawidłowo i gojenie może być przedłużone. Wyjątkowo rzadko może dojść do częściowej lub całkowitej martwicy brodawki i otoczki. Może to wymagać częstych zmian opatrunków lub dodatkowych operacji w celu usunięcia źle gojących się tkanek. Pacjenci palący papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.
7. Ból – Po operacji piersi może występować ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę.

Podpis Pacjenta

8. Reakcje alergiczne – Rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.
9. Znieczulenie – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.
10. Zmiany skórne – nierówności – Po operacji ginekomastii może występować widoczne lub wyczuwalne zmarszczenie skóry. Po pewnym czasie może to ulec poprawie lub wymagać dodatkowej operacji.
11. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po ginekomastii. Skóra w operowanej okolicy może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra. Rzadko zdarza się jednak, że to przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu lub może pozostać na zawsze.
12. Uszkodzenie głębiej położonych struktur – Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie i płuca ( odma ). Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub na zawsze.
13. Martwica tkanki tłuszczowej – Może dochodzić do martwicy tkanki tłuszczowej. Może być konieczne usunięcie tej tkanki.
14. Powikłania płucne i układu krążenia – Powikłania układu oddechowego mogą być spowodowane zatorem płucnym, zatorem tłuszczowym lub częściowym uszkodzeniu płuc po znieczuleniu ogólnym. Zaburzenia te mogą być przyczyną śmierci. Powikłania sercowe stanowią ryzyko związane z każdym znieczuleniem ogólnym. Jeżeli wystąpi skrócenie oddechu, ból w klatce piersiowej, nieprawidłowe bicie serca należy natychmiast udać się do lekarza.
15. Seroma – Rzadko płyn może zbierać się pomiędzy skórą i głębiej leżącymi tkankami. Może dojść do tego po operacji, urazie lub intensywnych ćwiczeniach fizycznych. Jeżeli do tego dojdzie konieczne jest wykonanie drenażu tego płynu.
16. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.
17. Palenie papierosów – Pacjentki palące papierosy lub narażone na działanie dymu papierosowego mają większe ryzyko na wystąpienie chirurgicznych powikłań w trakcie procesu gojenia i nieprawidłowego gojenia blizny. Dodatkowo może u pacjenta dochodzić do efektów ubocznych w postaci kłopotów ze znieczuleniem czy też krwawieniem. Proszę o wybór prawidłowego stwierdzenia poprzez wstawienie symbolu „x” we wskazanym miejscu poniżej:  
\_\_\_\_\_ Nie palę papierosów. Zrozumiałam, że istnieje potencjalne ryzyko wpływu przebywania w pomieszczeniu z dymem papierosowym na powstanie chirurgicznych powikłań.

Podpis Pacjenta

\_\_\_\_\_ Palę papierosy. Zrozumiałam ryzyko wpływu palenia papierosów na powikłania spowodowane paleniem papierosów. Ważne jest aby nie palić papierosów co najmniej 6 tyg. przed operacją aż do zakończeniu procesu gojenia.

18. Leki - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
19. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy – W literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji związanych z niespełnionymi oczekiwaniami związanymi z wyglądem po zabiegu. Ważne są realne oczekiwania pacjenta. Zabieg ma na celu poprawę wyglądu, a nie uzyskanie idealnie symetrycznego efektu.
20. Kontakty intymne po operacji – Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków, co przedłuży lub utrudni proces gojenia.
21. Leki – Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

Podpis Pacjenta

### Powikłania z winy pacjenta :

Mogą mieć miejsce w następujących przypadkach :

1. Niestosowania się pacjenta do zaleceń pooperacyjnych,
2. Nie zgłaszania się na wizyty kontrolne,
3. Nie przestrzegania odpowiedniej diety,
4. Powstrzymywania się od wykonywania niektórych czynności.

### Możliwe postępowanie towarzyszące zabiegowi oraz okoliczności je uzasadniające :

W trakcie zabiegu operacyjnego może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nie uzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem. Wystąpienie komplikacji w trakcie zabiegu lub w okresie pooperacyjnym może spowodować konieczność wykonania dodatkowych zabiegów, nie omawianych wcześniej z pacjentem.

### Konieczne dodatkowe leczenie

W przypadku wystąpienia powikłań konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji lub zastosowanie innego leczenia. Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko, należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę wyniku pierwotnej operacji.

### Zastrzeżenia Pacjenta

.....  
.....  
.....

### Zrzeczenie

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu i obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce. Jednakże dokument ten nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

Oświadczam, że Pan doktor Robert Jamont przeprowadził ze mną w dniu.....o           godzinie.....rozmowę           dotyczącą postępowania przed-  
śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałem możliwość zadawania pytań  
dotyczących zabiegu ginekomastii, komplikacji, jakie mogą wystąpić podczas operacji,  
opieki pooperacyjnej, ryzyka związanego z planowanym zabiegiem. Informacje zostały  
mi przekazane w sposób zrozumiały i wyczerpujący. Otrzymałam zalecenia  
pooperacyjne.

Podpis Pacjenta

OŚWIADCZENIE  
ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY GINEKOMASTIA

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Adres zamieszkania :.....

Data urodzenia :.....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego :.....

.....

Rodzaj planowanego znieczulenia :.....

Ja niżej podpisany...../imię i nazwisko/, na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty ( Dz.U.2008 Nr 136 poz. 857 z późn. zm. oraz art. 19 ust.1 pkt 3 ) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ( Dz.U.2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez dr R.Jamonta i wybranym przez niego asystentom planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałem następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na operację ginekomastii, Ankieta anestezyjologiczna, Wywiad epidemiologiczny, Świadoma zgoda na znieczulenie, Wywiad ogólny oraz Zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnioną samodzielnie Ankieta anestezyjologiczną stanowiącą załącznik nr 1 i Wywiadem Epidemiologicznym, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego oświadczenia.

Ponadto oświadczam, że zostałem w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowany o :

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;
5. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;
6. Konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu;
7. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.

Podpis Pacjenta

8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z Informacją w zakresie operacji ginekomastii, stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia;
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Podpis Pacjenta



Jestem świadomy, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadomy, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadomy, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu ( operacji ), stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia, m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałem wyczerpująco i dostępne poinformowany o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Jestem świadomy, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym paragrafie uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznane mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałem się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonaniu zabiegu w formie Załącznika nr 4 do niniejszego oświadczenia, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że miałem możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.

Podpis Pacjenta

Zostałam ponadto poinformowany o alternatywnych metodach leczenia ( nie wyłączając zaniechania leczenia ) i alternatywnych zabiegach.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mógł w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Podpis Pacjenta

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajamianiu się z dokumentacją z nim związaną.

Jestem świadomy, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Wyrażam zgodę na pozbycie się, a co się z tym wiąże wywóz i utylizację sprzętu medycznego użytego podczas zabiegu oraz tkanek czy części ciała które zostały usunięte podczas zabiegu.

Oświadczam, że wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu jest.....

Osoba tam ma pełne prawo do pozyskiwania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

Podpis Pacjenta oraz data.

Podpis Lekarza oraz data.

## Pooperacyjne zalecenia po operacji ginekomastii

1. Odpowiedzialna dorosła osoba powinna odprowadzić cię do domu.
2. Do domu pojedziesz w specjalnym opatunku i ubranku uciskowym . Opatrunek zostanie zmieniony po ok. 1-2 dniach.
3. Po operacji konieczne jest noszenie przez okres czasu 4 tygodni specjalnego ubrania uciskowego, pierwsze 15 dni 24 godz./dobę następne 15 dni 12 godz./dobę.
4. Możesz brać prysznic, uważając by nie zamoczyć operowanego obszaru.
5. Zalecane jest spanie z uniesioną głową oraz podłożenie poduszek pod ramiona. W ten sposób zmniejszy się napięcie mięśni i przez to pozwoli bardziej komfortowo wypoczywać w nocy. Unikaj spania na boku przez minimum 3 dni.
6. Możesz odczuwać bolesność w obszarze piersi po zabiegu. Częstotliwość oraz nasilenie odczuwalnego dyskomfortu będzie się sukcesywnie zmniejszać z każdym dniem.
7. 2-3 dni po zabiegu, możesz zauważyć obrzęk lub zasinienie w górnej części brzucha. Jest to wynikiem przesuwania się obrzęku z okolic piersi w niższe partie pod wpływem grawitacji. Jest to objaw tymczasowy i zazwyczaj zanika po około tygodniu czasu.
8. Możesz odczuwać zaburzenia czucia dolnej części piersi. Objaw ten ustąpi z czasem, maksymalnie po kilku miesiącach.
9. Czasami jedna pierś może być bardziej obolała niż druga, nie znaczy to że dzieje się cokolwiek złego.
10. Możesz zostać poinstruowany by wykonywać masaż podciśnieniowy piersi. Jeśli będzie to zalecone zazwyczaj powinno się zacząć ok. tygodnia po zabiegu.
11. Około 14 dni po zabiegu zalecane jest używanie maści Bliznasil lub plastrowanie blizn przez minimum 2 miesiące. Pozwoli to zredukować blizny. Krem z filtrem UV jest także zalecany aby uniknąć zmian pigmentacyjnych. Wszelkie kremy powinny być nakładane w formie cienkiej warstwy. Większość szwów jest rozpuszczalnych.
12. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu
13. 2 MIESIĄCE PO ZABIEGU, możesz wznowić bardziej siłowe ćwiczenia takie jak podnoszenie ciężkich przedmiotów, golf, tenis, pływanie, bieganie itp ale jedynie pod warunkiem kiedy Twój organizm sobie z nimi radzi, zaczynaj powoli.
14. Nie stosuj leków przeciwbólowych na pusty żołądek ponieważ może to prowadzić do wymiotów.

Podpis Pacjenta