

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU GYNEKOMASTIE

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Léčebný či preventivní, estetický.

Vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **GYNEKOMASTII**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu: Operační výkon s nutností hospitalizace.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Zvětšené prsy u mužů jsou takové, které svojí velikostí obtěžují pacienta, zejména pro nevhodný estetický vliv, ale také se mohou vyskytovat bolesti prsních dvorců.

Hlavním účelem operace je zmenšení objemu prsů.

Průběh výkonu:

K hospitalizaci se dostavíte dle dohody (den předem či v den plánovaného zákroku dopoledne v určený čas) s předoperačním vyšetřením a s vyjádřením obvodního/interního lékaře k Vašemu celkovému zdravotnímu stavu a provedení výkonu v celkové anestezii (příp. po dohodě s operátorem je možno provést za úhradu předoperační vyšetření v naší nemocnici). Předoperačně je navíc vhodné provést vyšetření prsů sonograficky nebo mamograficky. V den operace již nic nekonzumujte, nekuřte. S dalšími instrukcemi budete seznámen při přijetí.

Operace se provádí v celkové narkóze. O detailech a rizicích narkózy Vás bude informovat zvláště lékař anesteziolog.

Princip spočívá v odstranění části objemu tukové a prsní tkáně hrudníku.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Rizika spojená s operací jsou:

- krvácení s možností operační revize a event. podáváním krevní transfuze;
- infekce v ráně;
- zpomalené hojení ran s přetrvávající sekrecí z rány;
- ztráta části kůže, tuku či žlázy, části nebo celého dvorce a bradavky. Může vzniknout potřeba znovu sešít kůži, nebo ji nahradit kožním štěpem z jiného místa na těle;
- zatvrdlina v prsu v důsledku ischémie tuku či části žlázy. Toto zatvrdnutí se zpravidla vstřebává několik měsíců a může vzniknout potřeba jejího chirurgického odstranění;
- nevzhledné, keloidní jizvy. Kvalitu jizev nelze dopředu určit, závisí především na typu hojení u každého jednotlivce.

Kromě vyjmenovaných komplikací se mohou vyskytnout i zcela neočekávané jiné, ve velmi vzácných případech může dojít k nepředvídatelným život ohrožujícím komplikacím.

Alternativy výkonu:

Alternativou výkonu je i neoperovat.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Přísnější klidový režim se doporučuje 1-2 týdny, mírný asi 4 týdny, po 5-6 týdnech nekomplikovaného hojení je povolena plná aktivita. Období rekonvalescence je však individuální. U pacientů, kteří mají operaci jako estetický výkon nelze vystavit pracovní neschopenku – nutno použít vlastní volno či dovolenou. Výsledný stav by neměl mít vliv na zdravotní způsobilost.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Aby bylo riziko spojené s operací co nejmenší, je třeba se vyvarovat v před i pooperačním období léků obsahujících salicyláty a kouření. V průběhu a po zákroku nutno počítat s dalšími zdravotními opatřeními (podáním např. infuze, injekcí a léků) potřebných v rámci přípravy a průběhu zákroku. Doba pobytu na klinice v závislosti na charakteru a rozsahu výkonu je většinou 1-2 dny. Před propuštěním bude proveden převaz, naloženo elastické prádlo, případně vytaženy drény. Je vhodné nosit elastické prádlo cca 6 týdnů od operace. Budete docházet na převazy a kontroly dle domluvy s ošetřujícím lékařem. Spaní na boku je možné.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: **Vztah k pacientovi:**