INFORMAZIONI E CONSENSO RELATIVI ALL'INTERVENTO DI GINECOMASTIA

Gent. Sig. _____,
per ovviare ai disturbi e/o allo scopo di migliorare la situazione da Lei lamentata, il suo chirurgo curante Le ha proposto di sottoporsi ad un intervento chirurgico denominato

ASPORTAZIONE TESSUTO GHIANDULO ADIPOSO

In questo foglio Lei troverà le notizie più importanti riguardo all'intervento stesso; rimane naturalmente inteso che i medici di questo Reparto potranno fornirLe precisazioni e spiegazioni, nonché rispondere ad ogni Sua ulteriore domanda.

L'intervento ha lo scopo di ridurre l'eccesso di tessuto ghiandulo adiposo nella mammella maschile.
L'operazione consiste nell'asportazione del tessuto mammario in eccesso attraverso una incisione chirurgica periareolare inferiore associata a volte ad una liposuzione del tessuto adiposo e il posizionamento di due drenaggi, che vengono mantenuti in sede fino evacuazione completa dell'eventuale raccolta sierosa nello spazio creato dell'asportazione e avente anche lo scopo di favorire l'accollamento del tessuto, assieme alla fasciatura compressiva.

L'intervento ha una durata media di un ora e mezza e viene effettuato previa anestesia generale , per cui non risulterà doloroso. Nel periodo post operatorio presenta una dolorabilità di circa 4-5 giorni, controllata con terapia antalgica, immobilità a letto di un giorno. La ripresa della attività lavorativa dopo 10-15 giorni.

L'operazione che Le viene proposta viene effettuata correntemente nel nostro Reparto, da parte di personale esperto che utilizza le tecniche più avanzate; tuttavia, come sa, ogni intervento chirurgico è gravato da rischi che non possono essere completamente annullati, per cui Le sottoponiamo alcuni dati di cui dovrà tener conto nell'ambito della Sua decisione.

Rischi e complicanze*:* Nel post-operatorio possono essere presenti sieromi, ematomi, sofferenza cutanea e del capezzolo , diastasi della ferita, infezioni, necrosi cutanee, alterazioni temporanee della sensibilità cutanea, cicatrizzazione patologica.

Naturalmente anche l'anestesia può comportare disturbi o effetti indesiderati: lo specialista che curerà questo aspetto Le fornirà indicazioni e notizie più specifiche, a seconda del tipo di trattamento indicato nel Suo caso.

Se la ginecomastia è prevalentemente di tipo adiposa, si può effettuare solamente la lipoaspirazione del tessuto mammario tramite cannule sottili.

Per quanto riguarda l'aspetto estetico, si deve avere la consapevolezza che molteplici fattori quali la situazione specifica di partenza, la reattività individuale, la particolare consistenza dei tessuti ecc. determinano una grande variabilità, per cui gli esiti dell'intervento potrebbero discostarsi anche in misura apprezzabile dai risultati sperati.
Le verranno comunque fornite, a tale proposito, tutte le informazioni utili affinché il Suo consenso sia completamente informato e realmente consapevole.

INDICAZIONI E PRECAUZIONI PRE INTERVENTO (vedi allegato)

Negrar _____ p.p.v. _____

Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi al trattamento, La preghiamo di firmare sul retro di questo foglio la Sua dichiarazione di CONSENSO

Data _____

Firma p.p.v. _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver discusso con il medico curante della mia situazione clinica e di aver ottenuto in proposito chiare spiegazioni; sono pertanto consapevole che si rende necessario eseguire

ASPORTAZIONE TESSUTO GHIANDULO ADIPOSO

ho esaminato e bene compreso la descrizione riportata in questo stesso foglio relativa agli scopi, alle modalità di esecuzione, ai rischi ed alle possibili conseguenze del trattamento proposto ed ho potuto avere anche ulteriori chiarimenti e risposte ad ogni domanda, con particolare riguardo alla mia specifica situazione.
Sono anche a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicanze.

Pertanto dichiaro di **ACCONSENTIRE** all'esecuzione dell'intervento.

Data _____

Firma _____

Il medico _____

Allegato ginecomastia:

Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti l'acido acetilsalicilico (Aspirina, Ascriptin, Bufferin, Cemerit, Vivin C ecc.) almeno 10 giorni prima dell'intervento.

Ridurre il fumo a massimo 2-3 sigarette almeno due settimane prima dell'intervento.

Segnalare la comparsa di raffreddore, mal di gola, tosse e malattie della pelle.

Il giorno dell'intervento:

Fare un bagno accurato.

Non assumere cibi ne bevande dalla mezzanotte del giorno prima.

Dopo l'intervento:

Mantenimento di bendaggio elasto-compressivo per almeno tre settimane.

Per almeno una settimana non fumare.

E' possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.

Eventuali attività sportive potranno essere riprese non prima di un mese .

Evitare l'esposizione diretta al sole o a calore intenso (sauna).

Nei giorni immediatamente dopo l'intervento è frequente avvertire una certa dolorabilità locale che può accentuarsi con i movimenti.

La comparsa di ecchimosi cutanee, anche evidenti, è un fatto normale, andranno riassorbendosi spontaneamente nell'arco di alcuni giorni.