

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GINECOMASTIA

Nombre del paciente:.....

Nombre del médico que informa:Fecha:.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

La ginecomastia es el aumento del tamaño de la mama masculina. El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del tejido desarrollado en exceso (mastectomía subcutánea). En los casos más severos es necesario también eliminar el exceso de piel que se ha desarrollado. A veces, además, es preciso corregir la posición del complejo areola-pezones. Habitualmente se deja un drenaje en cada mama que se suele retirar a las 24-48 horas. Es necesario realizar un vendaje compresivo en el tórax durante un tiempo variable que oscila entre 1 y 4 semanas.

Es consecuencia segura de esta operación la aparición de una cicatriz visible, de longitud variable, en la zona operada. Habitualmente esta cicatriz adquiere un aspecto fino y pálido con el paso de los meses, aunque en raras ocasiones puede permanecer enrojecida y abultada durante mucho tiempo, fenómeno que se conoce como cicatriz hipertrófica o queloides. El desarrollo de ésta cicatriz anormal no es posible predecirlo de antemano.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Complicaciones poco graves y frecuentes:

- Dolor en la cicatriz.
- Hematomas y seromas que pueden requerir incluso la evacuación quirúrgica.
- Separación de los bordes de la herida que puede condicionar una mala cicatrización.
- Pérdida de sensibilidad en la zona operada.

Complicaciones graves y poco frecuentes:

- Infección de la herida.
- Hemorragia que requiera reintervención.
- Deformidad y asimetría de la zona tratada.
- Pérdidas de piel y del complejo areola-pezones.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

ALTERNATIVAS. Una alternativa posible consisten en realizar una liposucción de la mama, sobre todo en pacientes en los que la ginecomastia se ha producido a expensas del tejido graso.

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos que conlleva este tratamiento y que me han explicado las posibles alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia doy mi **consentimiento** para ser intervenido de ginecomastia.

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).....

Firma

D.N.I.

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha finalizado.

Fdo: El paciente

Fdo: El médico

Fdo: El representante legal