



## WAZEKTOMIA

### Ankieta pacjenta przed zabiegiem wazektomii w ZdrOva

Po wydrukowaniu proszę wypełnić formularz odpowiadając na pytania lub podkreślić (zaznaczyć) prawidłowe odpowiedzi. Wypełniony formularz proszę przynieść do kliniki w dniu wizyty podpisany

Imię ..... Nazwisko .....

Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok ..... / ..... / .....), Nr PESEL .....

**Adres zameldowania**

Ulica / numer domu / nr mieszkania .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Adres email .....@..... Telefon .....

Wykształcenie (zaznaczyć): podstawowe / średnie / wyższe. Zawód .....

Liczba małżeństw: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / ..... Staż obecnego związku (lata) .....

Czy uważa Pan obecny związek za trwały? tak / nie. Imię obecnej partnerki .....

Posiadane potomstwo (Dla każdego dziecka proszę wpisać wiek i płeć. Płeć oznaczyć S dla syn, C dla córka, np. c7, s12)

S / C .....(lat), S / C .....(lat), S / C .....(lat), S / C .....(lat), S / C .....(lat), S / C .....(lat), S / C .....(lat),

Czy planuje Pan więcej dzieci w przyszłości? tak / nie

Czy rozważyłby Pan adopcję gdyby zdecydował się Pan w przyszłości na więcej dzieci a przywrócenie płodności by się nie powiodło? tak / nie

Od jak dawna rozpatrywał Pan wazektomię jako metodę antykoncepcyjną? ..... (lat)

Proszę zaznaczyć metody antykoncepcji, których Pan lub Pańska partnerka nie tolerujecie lub nie chcecie stosować:

Kalendarzyk / Wstrzemięźliwość / Stosunek przerywany / Prezerwatywa / Wkładka wewnątrzmaciczna (spiralka) /

Pigułki antykoncepcyjne (hormonalne) / Plastry hormonalne / Zastrzyki antykoncepcyjne (hormonalne)

Wybieram wazektomię z powodu / ze względu na (proszę zaznaczyć odpowiednie):

chorobę genetyczną / ze względu na moje zdrowie / ze względu na zdrowie mojej partnerki / dla wygody

Jak ocenia Pan swój obecny stan zdrowia? : Dobry / Średni / Słaby

Czy przechodził Pan chorobę umysłową lub depresję? depresja / inna choroba umysłowa / żadne z powyższych

Czy uważasz, że jesteś bardziej wrażliwy na ból niż przeciętny człowiek? nie / tak

Czy ma Pan skłonności do omdleń lub zasłabnięć (np. podczas pobierania krwi) ? nie / tak

Czy Pan lub ktoś z Pańskiej rodziny ma skłonności do krwawień lub zaburzeń krzepnięcia krwi? nie / tak

Czy przyjmuje Pan leki przeciwkrzepliwie (przeciw zakrzepowe) nie / tak

Jeżeli TAK, to jakie? .....

**Czy przechodził Pan chorobę nerek lub zaburzenia czynności nerek?**    nie / tak

**Czy przechodził Pan którąś z poniższych chorób?**    zapalenie gruczołu krokowego / zapalenie najądrza / rzeżączkę /

kiłę / chlamydiozę / wirusowe zapalenie wątroby typu B / wirusowe zapalenie wątroby typu C (delta, "nie A, nie B) / AIDS

/ żadna z powyższych

**Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana i/lub leczono którąś z poniższych chorób?:**

przepuklina pachwinowa / zakażenie narządów płciowych / nowotwór prostaty / nowotwór jąder /

jakieś nieprawidłowości w mosznie lub jądrach - ale nie pamiętam jakie / żadna z powyższych

**Czy kiedykolwiek doznał Pan poważnego urazu bądź przechodził operację obszaru moszny, jąder, okolicy pachwin lub krocza?**    tak / nie

**Czy w dzieciństwie rozpoznano u Pana i leczono chirurgicznie wnętrostwo (niezstąpienie jąder)?**

tak / nie

**Proszę wymienić wszystkie operacje, które Pan przechodził (w nawiasie proszę podać wiek):**

.....

**Czy rozwinęły się u Pana jakiegokolwiek powikłania, nadmierny ból lub krwawienie po zabiegu?**    tak / nie

Jeżeli tak, to proszę opisać jakie .....

**Proszę wymienić wszystkie alergie na leki, pokarmy, uczulenia kontaktowe:**

nie mam żadnych / mam uczulenie na: .....

**Proszę wymienić wszystkie leki przyjmowane w ciągu ostatnich dwóch tygodni**

.....

**Proszę wymienić wszystkie poważne choroby (pobyty w szpitalu), które kiedykolwiek Pan przechodził**  
(leczenie, procedury zabiegowe, diagnostyka)

.....

**Zgadzam się na przetwarzanie moich danych wyłącznie dla celów klinicznych i administracyjnych.**

TAK / NIE

**Wyrażam zgodę na kontaktowanie się ze mną i przesyłanie mi informacji za pośrednictwem kanałów elektronicznych (e-mail, tel komórkowy, SMS) usługi pocztowe, usługi kurierskie - w celach administracyjnych jak np. potwierdzenie wizyty, przesłanie wyników badań, zmiana adresu, zmiana terminu wizyty itp.**    TAK / NIE

**Upoważniam\*** Panią / Pana ..... (imię), ..... (nazwisko), ..... (PESEL),  
do uzyskiwania wszelkich informacji na temat mojego stanu zdrowia, wyników badań, dokumentacji  
medycznej.

\* Osoba upoważniona może uzyskać informacje jedynie osobiście w klinice ZdrOva po przedstawieniu wiarygodnego dokumentu tożsamości i potwierdzeniu przeze mnie telefonicznie (za pośrednictwem mojego tel. komórkowego który podałem wyżej) - że się zgadzam. Jestem świadom, że usługa jest płatna wg cennika obowiązującego w dniu żądania (nie niższym jednak niż 150 zł za każdym razem).

Warszawa / Katowice

Data : ..... / ..... / 2018

Czytelny podpis .....



## WAZEKTOMIA

### Świadoma zgoda na zabieg wazektomii

Wierzmy, że dokument „Świadomej zgody na zabieg” jest instrumentem służącym porozumieniu między pacjentem a lekarzem. Jego dokładne przeczytanie ma na celu zrozumienie istoty zabiegu, zrozumienie korzyści z niego płynących, ale też uświadomieniu sobie możliwych powikłań oraz ewentualnych alternatyw dla zabiegu. Chcemy, by dokument ten służył lepszemu przygotowaniu się pacjenta do zabiegu.

Ja, niżej podpisany..... ur. (data) ..... proszę dr Roberta Kulika o wykonanie na mnie zabiegu wazektomii. Oświadczam, że jestem zdolny do świadomego wyrażenia zgody, nie jestem ubezwłasnowolniony. Poza ew. wymienionymi w kwestionariuszu chorobami nie leczę się psychiatrycznie.

Wyrażam zgodę na zbadanie mojego organizmu takie jak: badanie palpacyjne narządów moczopłciowych, badanie ultrasonograficzne praz w razie potrzeby na nakłucie żyły i badanie krwi w kierunku wszelkich potrzebnych parametrów.

Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego oraz profilaktyczne zastosowanie antybiotyku. Jestem świadom, że znieczulenie miejscowe oraz zastosowanie antybiotyków może w bardzo rzadkich przypadkach powodować różne powikłania jak np. poważny odczyn alergiczny.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich w szczególności dotyczących higieny oraz do zgłaszania się na wizyty, kontrolne o ile wyznaczy je lekarz (nie zawsze konieczne) w wyznaczonych terminach. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty zastosowanego zabiegu nie są zagwarantowane w 100%.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę o ile będzie taka potrzeba na wykonanie dokumentacji ultrasonograficznej. Przeczytałem wszystkie informacje dotyczące wazektomii na stronie <https://wazektomia.warszawa.pl>. Obejrzałem film „Wazektomia antykoncepcja męska - opis metody kanadyjskiej” (<https://www.youtube.com/watch?v=adzICYT9hVM>).

Odbyłem konsultację z dr Kulikiem, podczas której uzyskałem odpowiedzi za wszystkie moje pytania. Procedura została omówiona i przedstawione w wyżej wspomnianym filmie. Poznałem alternatywy, ryzyko i korzyści zabiegu, miałem możliwość zadawania pytań i na wszystkie uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi. W następstwie powyższego oświadczam, iż rozumiem i akceptuję, co następuje:

Rozumiem, że obustronna wazektomia oznacza przecięcie i zablokowanie obydwu nasieniowodów, z których każdy transportuje plemniki i że celem tej procedury jest uczynienie mnie nieplodnym, tj. niezdolnym do zapłodnienia w sposób naturalny kobiety w drodze stosunku płciowego i, co za tym idzie, uzyskania potomstwa drogą naturalną bez ingerencji medycznej.

Rozumiem, że wazektomia jest trwałą metodą antykoncepcji (tzw. sterylizacja). Wiem, że metoda ta jest odwracalna przy użyciu kilku różnych metod. Żaden z nich nie gwarantuje jednak 100% powodzenia, a wszystkie są obciążone dużymi kosztami oraz możliwymi komplikacjami medycznymi.

Metody te to:

1. Operacyjne przywrócenie drożności nasieniowodów
2. Zapłodnienie In Vitro nasieniem pobranym w drodze biopsji lub nasieniem dawcy
3. Zamrożenie nasienia i wykorzystanie go do procedury In Vitro, z czego świadomie zrezygnowałem/co uczyniłem. (Niepotrzebne skreślić)

Mam świadomość istnienia alternatywnych form antykoncepcji, w tym używania prezerwatywy, wkładek domacicznych, hormonalnych środków antykoncepcyjnych.

Aby zapewnić mojemu organizmowi warunki do prawidłowego gojenia się, przez okres około 7 dni po zabiegu będę unikał wysiłku fizycznego, forsownych ćwiczeń fizycznych, sportów walki oraz działań, które mogą narazić na uraz mechaniczny okolice kroczca.

Powstrzymam się od wszelkich form ejakulacji przez okres 7 dni po zabiegu.

Mam świadomość, że wazektomia nie skutkuje natychmiastową nieplodnością.

Najczęstszą przyczyną ciąży po wazektomii jest niezastosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich, w tym nie stosowania zabezpieczenia antykoncepcyjnego do momentu zbadania nasienia i uzyskania satysfakcjonującego wyniku.

W organizmie mężczyzny po wazektomii żywe i zdolne do zapłodnienia plemniki mogą przetrwać w ejakulacie nawet przez kilka miesięcy, dlatego należy stosować antykoncepcję do czasu potwierdzenia nieplodności badaniem nasienia.

Rozumiem, że jestem potencjalnie płodny aż badanie nasienia 12 tygodni po zabiegu / lub 30 ejakulacji / potwierdzi:

- brak obecności plemników w ejakulacie (azoospermia)

- lub RNMS (Rare Nonmotile Sperm) czyli obecność śladowej liczby nieruchomych plemników w ejakulacie (mniej niż 100 tys. w 1 cm<sup>3</sup>). Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne uznaje, że wazektomia jest skuteczna, jeżeli w ejakulacie po zabiegu występuje mniej niż 100.000 nieruchomych plemników. Kliniczne problemy z płodnością występują u mężczyzn, jeżeli mają mniej niż 15 000 000 (15 milionów!) plemników w 1 cm<sup>3</sup>. Czyli wazektomia jest skuteczna jeżeli w ejakulacie (wytrysku) jest mniej niż 150 razy poniżej dolnej granicy normy dla płodnego mężczyzny wg kryteriów WHO 2010. Martwe, nieruchome plemniki w badaniu po odwirowaniu można stwierdzić u mężczyzn po wazektomii nawet przez wiele lat po zabiegu. Jest to prawidłowe zjawisko a wazektomia jest skuteczna.

Rozumiem i zastosuję się do zalecenia stosowania alternatywnej antykoncepcji do czasu potwierdzenia niepłodności w badaniu nasienia.

Jestem świadom, że w rzadkich przypadkach może dojść do tzw. rekanalizacji, ponieważ wazektomia, tak samo jak inne metody antykoncepcji, nie daje 100% gwarancji w zapobieganiu ciąży. Według publikacji naukowych (obejmujących głównie starsze metody wazektomii) ryzyko zajścia w ciążę po wazektomii wynosi średnio 1 na 2000 przypadków wśród par, gdzie badanie nasienia po zabiegu wskazywało azoospermie (brak plemników) lub RNMS.

Rzadkie przypadki ciąży po wazektomii mogą zdarzyć się w każdym czasie, nawet kilka lat po wazektomii.

Z powodu opóźnionego w czasie wystąpienia plemników w ejakulacie, niektórzy pacjenci badają nasienie raz do roku.

Małe ilości krwi, dyskomfort i lekka opuchlizna w miejscu rozwarstwienia skóry są zjawiskiem normalnym i powinny zniknąć w ciągu 72 godzin po zabiegu.

W niektórych przypadkach na jądrach może pojawić się siniak, który znika samoistnie po kilku do kilkunastu dni bez stosowania żadnej terapii.

Również kolor ejakulatu przez kilka dni po zabiegu może być lekko podbarwiony krwią i nie wymaga to żadnej interwencji lekarskiej.

Klipsy tytanowe używane do zabiegu są bardzo małe i typowe dla wielu rodzajów operacji i zabiegów chirurgicznych. Czasami można je wymacać pod skórą moszny jako guzki wielkości od ziarnka ryżu do groszku.

Wazektomia nie powoduje zmian fizycznych w budowie czy funkcjach seksualnych, nie wpływa na odczucia fizyczne (przyjemność), zainteresowanie seksem, pożądanie, satysfakcję z życia seksualnego, erekcję, objętość ejakulatu czy ejakulację.

Publikowane statystyki dla niewielkich komplikacji po wazektomii w postaci krwiaków czy infekcji są rzadkością i plasują się na poziomie 1-2%.

Niezwykle rzadko mogą wystąpić także inne komplikacje tj. reakcja alergiczna na znieczulenie, atrofia jądra, przedłużająca się wrażliwość nasieniowodów, ból, opuchlizna, bolesny guz (krwiak) lub zbliznowacenie, zwane ziarniniakiem nasienia, lub zapalenie najądrzy.

Rozumiem, że wystąpienie komplikacji może skutkować koniecznością dodatkowej terapii, której część mogą stanowić leki, hospitalizacja czy nawet operacja chirurgiczna. W przypadku konieczności leczenia ew. powikłań zobowiązuję się przyjechać do dr. Roberta Kulika do jego gabinetu w Warszawie lub jeżeli wskaże, to w inne miejsce.

Zespół przewlekłego bólu moszny. Badania (obejmujące głównie starsze metody wazektomii, w których zamyka się na głucho jądro (dolny) koniec nasieniowodu, tak, że produkowane plemniki nie mają ujścia) wskazują, że ból przewlekły, który ma negatywny wpływ na funkcjonowanie w codziennym życiu, może wystąpić statystycznie u 1-2% mężczyzn. Ból ten, nie leczony, może trwać od kilku tygodni do wielu miesięcy czy nawet lat. Schorzenie to zazwyczaj skutecznie leczy się niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, antybiotykami, a także lekami hormonalnymi lub innymi środkami znieczulającymi. Niewielki odsetek mężczyzn z przewlekłym bólem po zabiegu wazektomii wymaga interwencji chirurgicznej.

Prowadzenie pojazdu po zabiegu. Jestem świadom, że po wszelkich drobnych zabiegach medycznych nawet tak prostych jak np. pobranie krwi z żyły u niektórych osób może wystąpić zasłabnięcie prowadzące nawet do omdlenia. Jest to tzw. odruch naczynioruchowy z nerwu błędnego prowadzący do zwolnienia czynności serca i obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Zjawisko to występuje najczęściej u osób podatnych, które mogły wcześniej go doświadczyć. Dlatego wiem, że po zabiegu powinienem pozostać jeszcze ok 15 -20 minut w klinice, wypić napój pobudzający (kawa, cola). Najlepiej byłoby aby auto prowadziła osoba mi towarzysząca. Jeżeli jednak zamierzam prowadzić samochód sam to w przypadku pojawienia się uczucia nudności/zasłabnięcia powinienem natychmiast się zatrzymać. Jeżeli poruszam się na nogach to powinienem natychmiast usiąść (nawet na chodniku). Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych jedynie w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, statystyk oraz prowadzonych prac naukowych - zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

Wyrażam ( nie wyrażam ) zgodę o ile będzie taka potrzeba, na komunikowanie się ze mną, przesyłanie wyników badań (np. Badania nasienia) drogą elektroniczną tj. e-mail, SMS, telefon (podane w ankiecie)

Miejscowość ..... Czytelny podpis .....

Data ..... / ..... / .....