

	<b>IRCCS</b> Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico <b>Sacro Cuore – Don Calabria</b> Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato – Regione Veneto Reparto di Chirurgia Plastica                      Primario: Dr. C. Cristofoli	Rev 1 del 17/09/18
Rif. Norma UNI EN ISO 9001		

## INFORMAZIONI E CONSENSO RELATIVI ALL'INTERVENTO DI ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE DEL VOLTO

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

### ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE DEL VOLTO

In questo foglio Lei troverà le notizie generali 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 di chirurgia plastica ha lo scopo di correggere la patologia da Lei lamentata.

L'operazione consiste : **Asportazione e copertura – neoformazione del volto**

Altro: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

L'intervento ha una durata media di circa \_\_\_\_\_ minuti e viene effettuato previa anestesia \_\_\_\_\_, per cui non risulterà doloroso. Nel periodo post operatorio è presente una dolorabilità minima, che può essere controllata con terapia antalgica . Si consiglia un periodo di riposo di circa 10-12 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:** diastasi della ferita, emorragia, ematomi, sieromi, infezioni, necrosi cutanea, alterazioni temporanee della sensibilità cutanea, cicatrizzazione patologica (in caso di revisione cicatrice cheloidea si segnala il rischio di recidiva a volte più importante della lesione precedente).

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.

**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 \_\_\_\_\_

Firma p.p.v. \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firma p.p.v. \_\_\_\_\_

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ 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 e copertura neoformazione del volto**

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 complicità.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_

**Allegato consenso generico:****Prima dell'intervento:**

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:**

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.