

 <p>Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria</p>	<p style="text-align: center;">IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Sacro Cuore – Don Calabria Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato – Regione Veneto Reperto di Chirurgia Plastica Primario: Dr. C . Cristofoli</p>	<p style="text-align: right;">Rev 1 del 07/09/18</p>
--	---	--

INFORMAZIONI E CONSENSO RELATIVI ALL'INTERVENTO DI LEMBO FASCIOCUTANEO

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 di copertura lembo fasciocutaneo. 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 coprire il difetto cutaneo presente con tessuto vitale prelevato dalla regione anatomica adiacente.

L'intervento comporterà lo scollamento cutaneo sottofasciale di un'area predeterminata mantenendone la connessione vascolare. Il tessuto così sollevato potrà essere portato a copertura del difetto da dove viene suturato. Il sito donatore verrà coperto con un innesto a spessore parziale qualora non fosse possibile la sutura diretta. La cute verrà prelevata da un sito variabile, più frequentemente la parte esterna della coscia o del braccio.

L'intervento ha una durata media e circa di due ore e viene effettuato previa anestesia generale o loco-regionale (spinale o epidurale), per cui non risulterà doloroso. Nel periodo post operatorio è presente una dolorabilità di circa tre – quattro giorni, controllata con terapia antalgica. L'immobilità a letto è di 2-3 giorni, e l'astensione dell'attività lavorativa di 15-20 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-operatorie possono essere: emorragia, ematoma, sieromi, necrosi parziale o totale del lembo, infezioni; più raramente tromboflebiti, embolia polmonare ed exitus. A distanza di tempo possono risultare cicatrici patologiche (ipertrofiche o retraenti) , difetti cutanei ai margini della ferita (orecchio di cane), alterazioni temporanee della sensibilità.

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.

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/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 intervento di

LEMBO FASCIOCUTANEO

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 paziente _____

IL medico _____

Allegato lembo fasciocutaneo

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 non più di 3-4 sigarette almeno una settimana prima dell'intervento. Il fumo riduce la perfusione cutanea e rallenta i processi di guarigione.

Segnalare la comparsa di raffreddore, mal di gola, tosse e malattie della pelle. La malattia diabetica, se non ben compensata, è una controindicazione all'intervento.

Avvisare il Medico di eventuali affezioni a carico del sistema vascolare degli arti inferiori quali varici, insufficienza venosa o pregressi episodi di trombo embolia.

E' necessario eseguire una profilassi antitrombotica mediante somministrazione di farmaci antitrombotici per via sottocutanea, e mediante apposite calze contenitive che il paziente dovrà indossare dal momento dell'intervento fino al giorno della dimissione.

Il giorno dell'intervento :

Praticare un accurato bagno di pulizia.

Non assumere cibi né bevande a partire dalla mezzanotte.

Tricotomia della zona interessata.

Dopo l'intervento di :

Talvolta viene posizionato un drenaggio che viene rimosso dopo alcuni giorni.

Per un tempo variabile dai 10 ai 20 giorni, evitare di caricare l'arto interessato. La ripresa del lavoro o dell'attività sportiva dovrà essere graduale.

Per almeno 7 giorni non fumare.

È possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti di sutura.

Per almeno un mese evitare l'esposizione diretta al sole e al calore intenso (es. sauna). E' bene, comunque, proteggere le cicatrici con creme solari ad alta protezione fino alla loro completa maturazione (3 mesi).

Mantenere asciutte e pulite le medicazioni.

Le cicatrici chirurgiche necessitano di almeno 10-12 mesi per stabilizzarsi e durante questo periodo andranno incontro ad un evidente miglioramento spontaneo.

Non sono infrequenti aree di ridotta sensibilità tattile della parte interessata che normalmente si risolvono spontaneamente in alcuni mesi.