

 <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 Reparto di Chirurgia Plastica Primario: Dr. C. Cristofoli</p> <p style="text-align: center;">Rif. Norma UNI EN ISO 9001</p>	<p style="text-align: right;">Rev 1 del 07/09/18</p>
--	--	--

INFORMAZIONI E CONSENSO RELATIVI ALL'INTERVENTO DI LIPOFILLING

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

LIPOFILLING (PRELIEVO ED INNESTO DI TESSUTO 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 di lipofilling ha lo scopo di correggere i difetti dei tessuti molli in ogni distretto corporeo mediante il riempimento di grasso prelevato dallo stesso paziente. L'operazione consiste nel prelievo del grasso mediante liposuzione con un tipo particolare di cannule, sottoposto quindi a centrifugazione per ottenere una sospensione di adipociti e reiniettato contestualmente con altre cannule particolari nei distretti interessati.

L'intervento ha una durata media di un ora e viene effettuato previa anestesia locale, locale con sedazione o generale a seconda della quantità di grasso da prelevare, per cui non risulterà doloroso. Nel periodo post operatorio sarà presente una dolorabilità variabile a seconda delle zone interessate e della quantità di materiale prelevato. L'interruzione dall'attività lavorativa potrà variare da 3 a 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:

-il grasso reimpiantato può andare incontro totalmente o in parte a fenomeni di riassorbimento e trasformazione in tessuto fibroso, eventualità variabili da soggetto a soggetto;

-potranno essere necessari, per ottenere l'effetto di riempimento voluto, più interventi dello stesso tipo;

-potranno comparire ematomi e/o ecchimosi che si riassorbiranno con il tempo;

-la sensibilità cutanea potrà talora rimanere alterata in alcune aree per un certo periodo di tempo.

- Molto raramente si possono verificare complicanze infettive in sede di innesto .

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.

I trattamenti alternativi possono essere inserimento di filler eterologhi come acido ialuronico, collagene , ecc. .

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 la Sua dichiarazione di CONSENSO

Negrar _____

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

LIPOFILLING (PRELIEVO ED INNESTO DI TESSUTO 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 lipofilling:

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.