

 Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria	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	Rev 1 del 07/09/18
	Rif. Norma UNI EN ISO 9001	

INFORMAZIONI E CONSENSO RELATIVI ALL'INTERVENTO DI REVISIONE CON EVENTUALE SOSTITUZIONE DI PROTESI MAMMARIE

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 **Revisione di protesi mammarie con eventuale sostituzione**. 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 revisione delle protesi mammarie può avere molteplici scopi:

- di verificare l'integrità o meno della protesi in caso di sospetta rottura: in caso affermativo la sostituzione della protesi stessa
- di riposizionare una protesi dislocata o ruotata, cioè di rimettere nella corretta posizione una protesi che abbia cambiato la posizione originale
- di allargare e/ modellare la capsula periprotetica, cioè il tessuto che si forma attorno alla protesi che si è andato gradualmente restringendo cambiando la forma e morbidezza della protesi
- altro _____

L'operazione consiste nell'aprire lo spazio periprotetico attraverso solitamente la stessa via di accesso dell'intervento di posizionamento primitivo della protesi e quindi per via sottomammaria, periareolare o ascellare. Viene rimossa la protesi e se ne controlla l'integrità e lo stato, può ritenersi necessario modellare attraverso incisioni il tessuto capsulare periprotetico, può essere reimpiantata la stessa protesi o posizionata una nuova protesi. Le protesi utilizzate possono essere di tipo liscio o testurizzato, rotonde o anatomiche, a profilo basso, medio o alto, contenenti gel di silicone normale, coesivo o altamente coesivo. Raramente si usano protesi particolari di poliuretano, carbonio, idrosaline o miste gel-saline o tipo Becker. Il volume della protesi viene concordato con il chirurgo e può ricalcare quello precedente o ritenersi necessario diminuire o aumentare le dimensioni per adattarle alla nuova situazione anatomica creatasi. Vengono solitamente posizionati dei drenaggi che vengono mantenuti in sede da tre a dieci giorni.

L'intervento ha una durata media di circa un ora se monolaterale o di due circa se bilaterale e viene effettuato previa anestesia generale per cui non risulterà doloroso. Nel periodo post operatorio è presente una dolorabilità che varia a secondo della posizione della protesi da 2-4 giorni, mentre la convalescenza può essere variabile tra 10-20 giorni. Sarà da mantenere un reggisenone di tipo sportivo-contenitivo per almeno tre settimane. Astensione della attività sportiva per circa un mese.

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-operatorio possono essere: sieromi, ematomi, sofferenza cutanea, infezioni, necrosi cutanea, alterazioni della sensibilità in prossimità della cicatrice cutanea, alterazioni temporanee della sensibilità dell'areola e del capezzolo, contrattura capsulare, rottura delle protesi, dislocazione della protesi, estrusione della protesi, asimmetrie di volume, asimmetrie di posizione, cicatrizzazione patologica (ipertrofia o cheloide).

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.

Non esistono trattamenti alternativi se non di rimuovere solamente e non sostituire la protesi con una ovvia variazione delle dimensioni e della forma del seno; l'alternativa quindi è solo la scelta del tipo di protesi e della sua posizione.

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 _____

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

REVISIONE ED EVENTUALE SOSTITUZIONE PROTESI MAMMARIE

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 revisione protesi mammarie:

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.

E' opportuno eseguire una visita senologica (mammografia- ecografia) per avere un riscontro della situazione pre-operatoria.

Il giorno dell'intervento:

Fare un bagno accurato.

Non assumere cibi ne bevande dalla mezzanotte del giorno prima.

Procurarsi un reggiseno contenitivo di tipo sportivo a chiusura anteriore, concordando la misura con il chirurgo.

Dopo l'intervento:

Per almeno una settimana non fumare. Evitare ampi movimenti con la braccia e lavori pesanti per almeno 20-30 giorni.

E' possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.

Eventuali attività sportive potranno essere riprese non prima di un mese indossando un reggiseno contenitivo (tipo sport).

Per almeno un mese non dormire in posizione prona ed 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.