

Protocollo di consenso informato ad intervento di RITIDECTOMIA (LIFTING FACCIALE)

Lo scopo del seguente modulo di consenso è di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio preoperatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi connessi all'intervento di RITIDECTOMIA. La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

La **Ritidectomia** è l'intervento che distende la pelle del viso e del collo restituendo loro freschezza e migliorandone il contorno mediante asportazione della cute in eccesso e sospensione dello strato muscolare sottostante. L'intervento può essere limitato ad un solo settore del viso (guance, collo) o essere esteso all'intero volto, a seconda del problema individuale.

Le cicatrici che residuano all'intervento sono per la maggior parte situate fra i capelli o in zone ordinariamente non visibili; il breve tratto di cicatrice posto davanti al padiglione auricolare diviene normalmente impercettibile nello spazio di poche settimane.

Le piccole rughe superficiali o altri piccoli difetti, che non possono essere corretti con l'intervento di Ritidectomia, possono essere migliorati, a seconda dei casi, con terapie complementari, quali l'impianto di acido ialuronico, il lipofilling, l'innesto di derma, la dermoabrasione, il peeling chimico, il Laser, ecc.

L'effetto di ringiovanimento del volto ottenibile con la Ritidectomia viene potenziato associandovi contemporaneamente o successivamente un intervento di Liposuzione regionale, di Blefaroplastica, di Rinoplastica, di Integrazione dello scheletro facciale. Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza delle medicazioni, l'epoca della rimozione di punti dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata.

Il risultato è soddisfacente fin dai primi tempi, anche se alterato dall'inevitabile gonfiore post-operatorio, che però regredisce nei giorni successivi. Il risultato definitivo è raggiunto dopo 2-3 mesi.

PRIMA DELL'INTERVENTO DI RITIDECTOMIA

- Informare il chirurgo di qualsiasi eventuale trattamento con farmaci (soprattutto cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti, ecc.);
- Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Cemerit, Vivin C, ecc.) e di eventuale abitudine al fumo.
- Segnalare immediatamente l'insorgenza di raffreddore, mal di gola, tosse, malattie della pelle;
- Organizzare, per il periodo post-operatorio, la presenza di un accompagnatore/trice, che può essere utile, anche se non indispensabile;
- Eseguite i Vostri abituali trattamenti per capelli (tinture, colpi di sole, e permanente) almeno 3 settimane prima dell'intervento; eliminare il fumo, per garantire una migliore vascolarizzazione della pelle.

ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI RITIDECTOMIA

- Praticare un accurato bagno di pulizia completo; lavare i capelli; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi.
- Non assumere cibi né bevande, a partire dalla mezzanotte.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI RITIDECTOMIA

- Mantenere rigorosamente il digiuno ed indossare un indumento da notte completamente apribile sul davanti con maniche molto comode.

DOPO L'INTERVENTO DI RITIDECTOMIA

- Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile.
- Dopo 3 giorni è consentito il lavaggio dei capelli con una soluzione disinfettante. Eventuali trattamenti estetici della pelle del viso possono essere praticati solo con consenso del chirurgo. Evitare l'uso di tinture e trattamenti con sostanze irritanti per almeno 1 mese.
- Eventuali attività sportive possono essere riprese dopo la rimozione dei punti.
- Per almeno 1 mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA).
- Per almeno 2 settimane non guidare l'automobile e non viaggiare.

Al minimo dubbio di un andamento anormale del periodo postoperatorio o per qualsiasi altro problema inerente l'intervento, consultate senza esitazione il Vostro Chirurgo

CONSENSO INFORMATO A INTERVENTO DI RITIDECTOMIA

....., li.....

Io sottoscritto/a

Nome.....

Cognome.....

DICHIARO di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda.

Inoltre, l'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

- Nel periodo post-operatorio il viso si gonfierà inevitabilmente, anche se in misura variabile; il gonfiore si attenuerà dopo un periodo variabile da due settimane a due mesi, a seconda della procedura chirurgica.
- Si manifesteranno ecchimosi di varia intensità, che potranno estendersi fino alla base del collo e che si riassorbiranno entro 2 settimane; la comparsa di un ematoma (raccolta di sangue all'interno dei tessuti scollati) nelle prime ore dopo l'intervento è rara e viene trattata immediatamente mediante drenaggio.
- La sensibilità della pelle, in particolare del lobo dell'orecchio e della regione pre-auricolare, potrà rimanere alterata per un periodo variabile, anche di qualche mese.
- In alcune aree si può manifestare un indurimento dei tessuti, che può durare alcuni mesi per poi risolversi totalmente.
- In casi molto rari, si può verificare un risentimento dei rami superficiali del nervo facciale, destinato generalmente ad un recupero completo.
- Il rischio di necrosi marginali è elevato nei forti fumatori.
- La qualità delle cicatrici è normalmente ottima, ma in alcuni rari casi può essere scadente per caratteristiche di cicatrizzazione del/della paziente o per fenomeni irritativi.

AUTORIZZO

Il dr/prof.....

ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di:

.....

So che dovrò essere sottoposto/a ad anestesia.....

AUTORIZZO

Il dr./prof.....

e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente programmato a priori l'esatto risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

.....
firma del paziente

.....
firma dell'esercente la patria potestà in caso di minore

.....
firma del chirurgo