

Protocollo di consenso informato ad intervento di LIPOSUZIONE

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 con all'intervento di LIPOSUZIONE. 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.

Gli accumuli localizzati di grasso corporeo, resistenti alla dieta e alla ginnastica, possono essere eliminati definitivamente mediante la **Liposuzione**.

La liposuzione può essere effettuata su qualsiasi area, ma le zone dove viene praticata più frequentemente sono i fianchi, le cosce, le ginocchia, l'addome, la regione sottomentoniera.

La quantità di grasso asportabile è limitata e determinata di volta in volta dal chirurgo, in base alle caratteristiche del singolo paziente. L'intervento può essere effettuato in anestesia generale oppure in anestesia locale con sedazione generale. Rischi sono connessi con la somministrazione dell'anestetico.

L'intervento è ripetibile.

All'intervento residuano cicatrici cutanee di minima estensione (pochi millimetri), collocate in corrispondenza di solchi cutanei naturali e perciò destinate a diventare poco visibili.

Eventuali smagliature o irregolarità sottocutanee non saranno corrette.

Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza e il tipo di medicazioni, l'epoca della rimozione dei punti, dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata.

Il risultato, pur apprezzabile fin dai primi tempi, si evidenzia in non meno di due mesi ed è destinato a migliorare ulteriormente.

PRIMA DELL'INTERVENTO DI LIPOSUZIONE

- Informare il chirurgo di qualsiasi eventuale trattamento con farmaci (soprattutto cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, ecc.).
- Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Cemerit, Vivin C, ecc).
- Eliminare o ridurre fumo ed alcool almeno una settimana prima dell'intervento.
- 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.
- Procurarsi una guaina elastica da indossare subito dopo l'intervento

ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI LIPOSUZIONE

- Praticare un accurato bagno di pulizia completo; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi.
- Non assumere cibi né bevande, a partire dalla mezzanotte, se l'intervento è praticato in narcosi.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI LIPOSUZIONE

- Mantenere rigorosamente il digiuno se l'intervento è praticato in narcosi.
- Indossare un indumento da notte completamente apribile sul davanti con maniche molto comode.

DOPO L'INTERVENTO DI LIPOSUZIONE

- Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile.
- Per due settimane indossare la guaina elastica o la medicazione compressiva posta dal Medico. senza toglierla.
- E' possibile praticare una doccia di pulizia e riprendere eventuali attività sportive solo dopo la rimozione dei punti .
- Per almeno 1 mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA).

- Non guidare o viaggiare per almeno due settimane, poiché in tal caso si può compromettere l'esito dell'intervento predisponendo i tessuti a raccolte liquide e/o infezione.

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 LIPOSUZIONE

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

Io sottoscritto/a

Nome.....

Cognome.....

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

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

In particolare so che:

- In caso di adiposità cospicue o di asimmetrie costituzionali potranno essere opportuni piccoli interventi correttivi secondari.
- nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito alle zone trattate moderato dolore, che si attenuerà in un periodo variabile di pochi giorni, e gonfiore per circa un mese.
- E' normale che si manifestino sulle regioni trattate delle ecchimosi destinate a scomparire.
- la sensibilità della pelle potrà talora rimanere alterata in piccole zone per un breve periodo, raramente in modo permanente.
- In taluni casi, specie in pazienti non giovani o con pelle anelastica, all'intervento di Liposuzione potranno residuare irregolarità e rilassamenti della superficie cutanea.
- La qualità delle cicatrici è indipendente dalla tecnica chirurgica ma legata alla reattività individuale, potrebbe esitare anche una leggera iperpigmentazione.
- In rari casi si possono verificare delle raccolte ematiche o sierose, necrosi cutanee e processi infettivi.

-

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 pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del 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. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche.

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