

## **Protocollo di consenso informato ad intervento di MASTOPLASTICA RIDUTTIVA-MASTOPESSI**

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 **MASTOPLASTICA RIDUTTIVA-MASTOPESSI**. 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.

Un seno eccessivamente sviluppato o cadente o mal conformato può essere ricondotto ad un aspetto esteticamente piacevole solo con un intervento chirurgico.

La **Mastoplastica** riduttiva è l'intervento che riduce l'eccessivo volume della mammella.

La **Mastopepsi** è l'intervento che rimodella e sostiene la mammella diventata ptosica per l'invecchiamento o dopo allattamento.

All'intervento residuano inevitabilmente cicatrici cutanee di diversa estensione, a seconda dell'entità del difetto e della tecnica impiegata: esse saranno però disposte nella maggior parte dei casi intorno all'areola, verticali, dall'areola al solco mammario, talvolta orizzontale a livello del solco e saranno ordinariamente occultabili da un comune reggiseno. Eventuali smagliature cutanee saranno ridotte di numero per effetto dell'asportazione della cute e migliorate di aspetto per effetto della tensione del seno rimodellato, anche se non scompariranno. Anche il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza di medicazioni, l'epoca della rimozione di punti dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata. Il risultato è generalmente soddisfacente fin dai primi tempi e solitamente suscettibile di ulteriore miglioramento nei mesi successivi.

### **PRIMA DELL'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA RIDUTTIVA - MASTOPESSI**

- 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.).
- Eliminare o ridurre il fumo almeno una settimana prima dell'intervento.
- Segnalare immediatamente l'insorgenza di raffreddore, mal di gola, tosse, malattie della pelle.
- Procurarsi un reggiseno in tessuto elastico, di misura adeguata al nuovo volume del seno.

### **ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA RIDUTTIVA-MASTOPESSI**

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

### **IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA RIDUTTIVA-MASTOPESSI**

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

### **DOPO L'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA RIDUTTIVA-MASTOPESSI**

- Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile.
- Cercare di non utilizzare i muscoli pettorali e quindi non forzare sulle braccia per alzarsi dal letto.
- Per una settimana indossare il reggiseno prescritto dal Medico, senza mai toglierlo. Per almeno due giorni non fumare, per evitare colpi di tosse e quindi possibili sanguinamenti.
- E' consentita una cauta ripresa della attività sessuale non prima di 7 giorni.
- Per almeno 2 settimane non compiere movimenti con le braccia e non sollevare pesi.
- E' possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.
- Eventuali attività sportive possono essere riprese dopo un mese.
- Per almeno 1 mese non dormire in posizione prona ed evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA).
- Per 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 MASTOPLASTICA RIDUTTIVA-MASTOPESSI**

....., 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 e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

- All'intervento residueranno necessariamente delle cicatrici che talvolta possono richiedere una successiva revisione chirurgica; nel caso di mammelle molto voluminose o molto abbassate, potranno essere necessari ulteriori ritocchi chirurgici.
- La qualità delle cicatrici è indipendente dalla tecnica chirurgica ma legata alla reattività individuale.
- Nel periodo post-operatorio potranno essere avvertiti alle mammelle senso di gonfiore e moderato dolore, che si attenueranno in un periodo variabile di alcuni giorni.
- E' possibile che si manifestino sulle mammelle delle ecchimosi, destinate a scomparire.
- La sensibilità della pelle ed in particolare delle areole e dei capezzoli potrà rimanere alterata per un periodo variabile, eccezionalmente in forma duratura.
- L'intervento di Mastoplastica Riduttiva/Mastopepsi riduce la funzione dell'allattamento, talvolta la impedisce; una eventuale allattamento altererà comunque profondamente il risultato estetico dell'intervento.

- In qualche caso si possono verificare raccolte ematiche e sierose o infezioni o necrosi tissutali che possono comportare un prolungamento del trattamento post-operatorio ed alterare altresì il risultato estetico.

-

#### **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, sierosi o infezioni, 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