

Protocollo di consenso informato ad intervento di OTOPLASTICA

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 OTOPLASTICA. 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.

Le orecchie a ventola o prominenti possono essere corrette a qualsiasi età mediante l'intervento di **Otoplastica**. All'intervento non residuano cicatrici visibili, perché esse sono situate nel solco retroauricolare nelle naturali pieghe dell'orecchio.

Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza delle medicazioni, l'epoca della rimozione dei 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.

PRIMA DELL'INTERVENTO DI OTOPLASTICA

- 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 una fascia elastica paraorecchie, che verrà indossata per i 10 giorni successivi all'intervento

ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI OTOPLASTICA

- Praticare un accurato bagno di pulizia completo; lavare i capelli; rimuovere lo smalto delle 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 OTOPLASTICA

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

DOPO L'INTERVENTO DI OTOPLASTICA

- Dopo 3 giorni è possibile lavare i capelli con acqua tiepida ed evitando l'uso di asciugacapelli ad aria calda.
- Eventuali attività sportive possono essere riprese dopo 2 settimane, purché non espongano a possibili traumi delle orecchie, anche modesti.
- Evitare per un mese l'uso di occhiali con montatura pesante.
- Per almeno 4 settimane è opportuno indossare, soprattutto durante il sonno, una fascia paraorecchie, moderatamente elasticizzata.
- Per almeno 1 mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA).

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 OTOPLASTICA

....., 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 le orecchie si gonfieranno inevitabilmente, anche se in misura variabile; il gonfiore si attenuerà nell'arco di circa 2 settimane.
- Si manifesteranno ecchimosi di varia intensità, che si riassorbiranno entro 2 settimane.
- La sensibilità della pelle delle orecchie potrà rimanere alterata per un periodo variabile.
- Come tutti gli interventi chirurgici anche l'otoplastica è soggetta a complicanze, peraltro molto rare, quali l'ematoma (raccolta di sangue) che deve essere drenato, l'infezione che si tratta con terapia adeguata, la formazione di cicatrici di qualità scadente (cicatrici ipertrofiche e cheloidee).
- In rari casi, soprattutto in pazienti adulti, può verificarsi una ricomparsa della protrusione del padiglione auricolare che richiede un successivo ritocco chirurgico.

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