

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**, tecnica di modellamento corporeo a cielo coperto.

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 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 il fumo 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.

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 sette giorni indossare la guaina elastica posta dal Medico senza mai toglierla. Successivamente, per due settimane, è preferibile indossare, durante il giorno, calze elastiche da 70 denari.
- 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).
- Indossare per 8 giorni la guaina o la medicazione compressiva applicata dal chirurgo, senza mai

rimuoverla.

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