

ATTO DI ASSENSO DI PRESTAZIONE CHIRURGICA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA AD PERSONAM

La/il sottoscritta/o _____ nata/o il _____ a _____
Residente a _____ in _____ tel _____ cell _____
Identificata a mezzo carta d'identità n. rilasciata dal in data

Manifesta la propria espressa e non coartata volontà a sottoporsi al seguente intervento chirurgico estetico in anestesia generale di addominoplastica classica

In relazione a detto intervento, che si svolgerà in data presso la è stato presentato dal Dott. Massimo Ladisi un preventivo di € oltre Iva, che il/la sottoscritta riconosce ed accetta come congruo e si impegna a saldare con le seguenti modalità:

- acconto di € versato in data
- saldo entro e non oltre la data del

In merito alle spese successive che si dovessero rendere necessarie a seguito dell'intervento di cui premessa e non espressamente previste nel sopra indicato preventivo, le stesse verranno comunicate alla sottoscritta che dovrà espressamente approvarle

La paziente è affetta da deformità addominale con lipodistrofia di tipo 4. Accumulo di tessuto adiposo sottocutaneo sopra e sottoaddominale superiore e inferiore con protrusione della parte grassa dell'addome ed eccedenza cutanea; diastasi dei muscoli retti dell'addome e flaccidità della fascia addominale con eventrazione, striature e rilassamento cutaneo discreto tale da far assumere all'addome un aspetto pendulo (addome a grembiule); presenza di stri profonde e raggrinzimenti periombelicali ed addome inf.

Sottoscrivo il consenso ad essere sottoposta/o dal Dott. Ladisi e la sua Equipe all'intervento chirurgico di **addominoplastica classica** con incisione sovrapubica estesa (da 25 cm. Circa sino a cicatrici che si estendono oltre alle spine iliache antero-superiore; scollamento esteso delle arcate costali al pube , plicatura dei mm retti dal processo xiloideo al pube, plicature aggiuntive paramediane; traslocazione del nuovo ombelico nella nuova sede in anestesia generale

CONCORDA CON IL MEDICO LE SEGUENTI CONDIZIONI

Lo scopo del seguente modulo di consenso è quello di fornire alla paziente, *in aggiunta ai numerosi colloqui preoperatori con il chirurgo*, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi collegati all'intervento sopradescritto.

La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con i chirurghi la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di firmare questo documento come conferma della completezza delle informazioni ricevute verbalmente

Sono stata informata con approfonditi colloqui nel corso delle precedenti visite ambulatoriali ed accetto di sottopormi liberamente, coscientemente e consapevolmente all'intervento chirurgico di cui sopra a cura del Dott. M. Ladisi e della sua Equipe e di essere stata esaurientemente e completamente edotta dal medesimo con espressione semplice ed intellegibile.

Sono stati specificati chiaramente i limiti ed i possibili esiti anatomo-funzionali ottenibili con il tipo di intervento chirurgico sopracitato indipendentemente dall'esattezza della prestazione e che lo stesso potrebbe essere modificato nella tecnica rispetto a quello preventivamente programmato qualora se ne verificasse lo stato di necessità.

Dichiara inoltre di accettare le cicatrici e gli esiti cicatriziali secondari all'intervento chirurgico eseguito ovvero:

la cicatrice orizzontale o curvilinea a forma di W a livello pubico la cui estensione potrebbe anche superare i 25 centimetri e talvolta presentare una incisione verticale nella parte mediana; le alterazioni patologiche dei processi di guarigione delle ferite (cheloidi, cicatrici ipertrofiche).

Nel tentativo di allungare il meno possibile la cicatrice orizzontale gli operatori, all'atto della sutura, potrebbero creare dei raggrinzimenti cutanei del lembo superiore della cicatrice oppure agli

estremi della stessa (orecchie di cane); queste irregolarità cutanee hanno una spontanea tendenza a spianarsi e qualora residuassero, potranno essere corrette in anestesia locale solo successivamente non prima dei sei mesi dal primo intervento.

La paziente consente e riconosce sin d'ora che l'effetto ultimo dell'intervento potrà verificarsi a distanza di tempo per assestamento dei tessuti e della cosiddetta "variabilità individuale" e potrà dar luogo ad eventuali "ritocchi" di completamento oppure ad un reintervento chirurgico.

Sono stata informata che a distanza di tempo si potrebbero formare nelle zone laterali della cicatrice pubica le cosiddette orecchie di cane, residuo del primo intervento.

L'orecchia di cane è una costante in questa tipologia di intervento chirurgico. Infatti nel tentativo di allungare il meno possibile la cicatrice orizzontale sovrappubica, l'operatore potrebbe creare raggrinzimenti cutanei del lembo superiore della cicatrice oppure agli estremi della stessa (orecchie di cane)

Questa irregolarità cutanee hanno una spontanea tendenza a spianarsi e comunque, vengono corrette in anestesia locale a distanza di tempo dal primo intervento.

Si da' atto, e si accetta che eventuali complicanze generiche e personali (sanguinamento, sieromi, ematomi, diastasi della ferita, sofferenza dell'estremo distale del lembo, necrosi del lembo, sofferenza o necrosi dell'ombelico, disestesia, perdita della sensibilità sia temporanea che permanente) non potranno essere addossate all'operato dei chirurghi, i quali garantiscono il massimo della serietà e capacità professionali nell'esecuzione dell'operazione.

La prestazione dovuta dal professionista non potrà essere di garanzia di conseguimento di risultato in quanto non tenuto ad assicurare tale risultato.

La pratica della medicina e della chirurgia non è una scienza esatta; anche se si attendono risultati soddisfacenti non esiste garanzia, espressa o implicita, sugli esiti ottenibili poiché influenzati da svariati fattori.

La perfezione del risultato finale di qualsiasi intervento chirurgico non può essere garantita rappresentando questa, sempre un obiettivo e non una certezza a causa delle svariate possibilità di complicanze talora non prevedibili od ovviabili.

La paziente si impegna a sottoporsi a costanti medicazioni e mantenere sulla cicatrice i cerotti consigliati per un periodo di almeno tre mesi.

Avendo preso atto dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali nonché del testo dell'art. 10-11-13-20-22-23 della Legge 675/96, acconsento alla raccolta, al trattamento, aggiornamento e comunicazione dei miei dati personali.

Qualunque intervento chirurgico compresa l'addominoplastica potrebbe avere esito infausto.

Dichiaro di aver ricevuto e compreso le necessarie informazioni del caso e risposte esaurienti ai quesiti da me proposti.

Accetto pertanto le condizioni e rimango convinta di un possibile miglioramento estetico al di là dei rischi sopracitati.

Mi assumo coscientemente la responsabilità di questa scelta, autorizzo e richiedo che i chirurghi effettuino tutto ciò che, secondo il loro discernimento professionale ritengano necessario o vantaggioso per me.

Nel contratto verbale tra le parti non sono state fatte promesse né date garanzie assolute di risultato.

Autorizzo il medico ad utilizzare il materiale fotografico della mia persona relativo all'intervento di cui sopra.

Complicanze

Come qualsiasi intervento chirurgico, l'addominoplastica può essere gravata da complicanze, locali e sistemiche. Quelle **locali** comprendono: necrosi, ritardo della cicatrizzazione, ematomi, sierosi, irregolarità della parete addominale e della cicatrice ombelicale, infezioni, emorragia. L'insoddisfazione del pz è una complicanza esclusiva della chirurgia plastica e può assumere un carattere di gravità più o meno rilevante, prescindendo dall'obiettività.

Complicanze sistemiche: insufficienza respiratoria, trombosi venosa, embolia polmonare.

Anche se di rado alcuni pazienti presentano dispnea nel post-operatorio immediato: dovrà sempre essere presa in considerazione nella diagnosi differenziale la difficoltà respiratoria indotta dalla plicatura dei muscoli retti addominali.

Ho compreso che i rischi per l'intervento chirurgico estetico e per il decorso post operatorio non possono essere completamente previsti nonostante l'ottima fattura e l'alta tecnologia dei prodotti utilizzati e dell'apparecchiatura estetica presente in studio. Il risultato dell'intervento estetico dovrebbe essere stabile per molto tempo ma non sono prevedibili né le variazioni né il tempo in cui esse possono avvenire.

Sono stati specificati chiaramente i limiti ed i possibili esiti ottenibili con l'intervento e che lo stesso potrebbe essere modificato nella tecnica rispetto a quello preventivamente programmato qualora se ne verificasse lo stato di necessità.

Dichiaro di accettare eventuali imperfezioni secondarie al trattamento e le loro complicità quali cicatrici ipertrofiche e cheloidee, necrosi, ustioni temporanee e /o permanenti, fenomeni allergici, complicità locali e generali ed alterazioni della sensibilità temporanea o permanente, infezioni fino alla setticemia.

Possono verificarsi inoltre flogosi, ematomi, iper o ipo-pigmentazioni .

Sono stata/o informata/o che la zona trattata dopo l' intervento può presentare un intenso eritema ed una sensazione pruriginosa spesso con un importante edema e la presenza di un voluminoso ematoma spesso riassorbibile in pochi giorni

Sono stata/o informata/o in maniera semplice e dettagliata sulle precauzioni da seguire nelle settimane successive all' intervento ed in particolare evitare assolutamente l'esposizione al sole e ai raggi UVA-UVB e sulla necessità di un supporto farmacologico: nulla può essere imputato al medico e alla sua equipe per la mancanza osservanza delle norme suggerite.

Sono stata/o informata/o delle possibili complicità conseguenti a qualsiasi intervento chirurgico ed in particolare sanguinamento ed ematomi, infezioni, dolore, necrosi, ustioni, risultato non soddisfacente ecc.

Sono a conoscenza e consapevole che l'intervento chirurgico può avere esito letale: accetto di sottopormi all'intervento.

La perfezione del risultato finale di qualsiasi intervento estetico non può essere garantita rappresentando questa, sempre un obiettivo e non la certezza a causa delle svariate possibilità di complicità talora non prevedibili e nemmeno ovviabili. Nulla mi è stato promesso per il risolversi di tali imperfezioni.

Nel tempo potranno essere necessari dei ritocchi o, seppur raramente, necessitare di un nuovo trattamento estetico e/o chirurgico

Dichiaro di aver ricevuto materiale informativo e tutte le delucidazioni del caso riguardanti l'intervento che mi appresto a fare: accetto l' intervento.

Dichiaro di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda datomi durante le visite preoperatorie.

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

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel postoperatorio, essendo informata che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poichè la chirurgia non è una scienza esatta non può essere precisamente prognosticata 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

Dichiaro di aver ricevuto e compreso le necessarie informazioni del caso e risposte esaurienti ai quesiti da me proposti.

Accetto pertanto le condizioni e pur consapevole dei rischi associati a questo tipo di intervento rimango convinta/o dei benefici di un miglioramento estetico al di là dei rischi sopracitati.

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

Inoltre, durante precedenti visite pre-operatorie, l'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

- All'intervento residueranno necessariamente delle cicatrici, per le quali potranno essere necessari ulteriori ritocchi chirurgici.
- Nel periodo post-operatorio si potrà avvertire un notevole senso di compressione addominale con modesto dolore, che si attenuerà nel giro di pochi giorni.

- Dopo l'intervento si manifestano edemi ed ecchimosi, destinati a scomparire.
- La sensibilità della pelle ed in particolare dei quadranti inferiori potrà rimanere alterata per un periodo variabile, eccezionalmente in forma duratura.
- L'intervento di addominoplastica non preclude eventuali gravidanze.
- L'intervento di addominoplastica, come ogni intervento chirurgico, può essere soggetto a complicanze: in qualche caso si possono verificare raccolte ematiche, sierose, infezioni o necrosi tessutali che possono comportare un prolungamento del trattamento post-operatorio ed alterare altresì il risultato estetico.

Mi assumo coscientemente la responsabilità di questa scelta, autorizzo e richiedo pertanto che il medico effettui tutto ciò che secondo il suo discernimento professionale ritenga necessario o vantaggioso per me.

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.

Autorizzo il medico a pubblicare a scopo scientifico le foto relative al trattamento eseguite sulla mia persona.
 Autorizzo ad eseguire sulla mia persona una anestesia concordata preventivamente nel tipo e nelle modalità .
 Autorizzo ad eseguire sulla mia persona una trasfusione di sangue-plasma laddove ve ne sia necessità.

Letto, discusso e sottoscritto

Genova

FIRMA DELL'INTERESSATA/O.....