



Protocollo di consenso informato all'intervento di mastoplastica riduttiva

Lo scopo del presente modulo è fornire, in aggiunta al colloquio pre-operatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche e i rischi connessi all'intervento. La preghiamo di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

Un seno eccessivamente sviluppato può essere ricondotto a un aspetto esteticamente più gradevole con un intervento chirurgico di mastoplastica riduttiva, che riduce appunto l'eccessivo volume della mammella. All'intervento residuano inevitabilmente cicatrici cutanee di diversa estensione, a seconda dell'entità del difetto e della tecnica impiegata; ma nella maggior parte dei casi queste cicatrici saranno disposte adeguatamente e d'ordinario risulteranno occultabili da un comune reggiseno.

Eventuali smagliature cutanee saranno ridotte di numero, per effetto dell'asportazione della cute, e migliorate di aspetto a motivo della tensione del seno rimodellato, anche se non scompariranno del tutto. Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza di medicazione, l'epoca di rimozione dei punti dipendono dal singolo caso e dalla tecnica impiegata. Il risultato è generalmente soddisfacente fin dai primi tempi e solitamente suscettibile di ulteriore miglioramento nei mesi successivi.

Consenso informato all'intervento di riduzione mammaria

Io sottoscritto/a (nome) (cognome) dichiaro

di aver letto il Protocollo di consenso informato. Inoltre 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, che talvolta possono richiedere una successiva revisione chirurgica. Nel caso di mammelle molto voluminose potranno essere necessari ulteriori ritocchi chirurgici,
- * la qualità delle cicatrici è indipendente dalla tecnica chirurgica e 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,
- * è possibile che si manifestino sulle mammelle delle ecchimosi, destinate a scomparire,
- * la sensibilità della pelle, in particolare delle areole e dei capezzoli, potrà rimanere alterata per un periodo variabile, ma eccezionalmente in forma duratura,
- * la mastoplastica riduttiva può ridurre la funzione dell'allattamento. Un eventuale allattamento può comunque alterare seriamente il risultato estetico dell'intervento,
- * in qualche caso possono verificarsi raccolte ematiche e sierose, o infezioni o necrosi tessutali, che possono comportare un prolungamento del trattamento post-operatorio e alterare il risultato estetico,

autorizzo

il dottor Pier Luigi Amata e i suoi collaboratori a eseguire su di me l'intervento di riduzione mammaria come concordato. So che verrò sottoposto/a ad anestesia di tipo



autorizzo

il dottor Pier Luigi Amata e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza, e secondo le necessità contingenti, le tecniche programmate, sia durante l'intervento che nel 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 si può programmare a priori il risultato esatto dell'intervento, nonché la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale formazione di ematomi e sierosi: eventi che dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate quanto dalle risposte dell'organismo.

.....
firma del paziente

.....
l'esercente la patria potestà (in caso di minore)

.....
firma del chirurgo

Roma, li.....