



## **Protocollo di consenso informato all'intervento di rinoplastica**

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.

La rinoplastica è l'intervento che modifica la forma del naso, correggendo i difetti sgraditi al soggetto. All'intervento non residuano cicatrici visibili, in quanto situate all'interno delle narici.

Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza delle medicazioni, dipendono dal singolo caso e dalla tecnica impiegata. Il risultato è soddisfacente fin dai primi tempi, anche se è alterato dall'inevitabile gonfiore post-operatorio, che regredisce nei mesi successivi.

Se è presente una deviazione del setto nasale, con insufficienza respiratoria, a quello di rinoplastica può venire associato un intervento di settoplastica.

### **Consenso informato all'intervento di rinoplastica**

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:

\* nel periodo post-operatorio il naso e le palpebre si gonfiano, anche se in misura variabile. Il gonfiore si attenua nell'arco di 2 settimane, per scomparire definitivamente dopo un periodo variabile di qualche mese,

\* si manifestano ecchimosi sottopalpebrali di varia entità, che si riassorbono entro 2 settimane. Talora possono prodursi emorragie congiuntivali, destinate a riassorbirsi senza reliquare,

\* la sensibilità delle pelle del naso, in particolare della punta, può rimanere alterata per un periodo variabile di qualche mese,

\* in alcuni casi un'eccessiva reattività cicatriziale può comportare alterazioni della morfologia desiderata,

\* l'intervento effettuato con soli fini estetici non comporta necessariamente la correzione di alterazioni funzionali preesistenti, se non specificamente concordata con il chirurgo,

\* come tutti gli interventi chirurgici, anche quello di rinoplastica è soggetto a complicazioni, quali sanguinamento, infezione, formazione di cicatrici di qualità scadente, che comunque si verificano raramente. Può invece, con frequenza maggiore, rendersi necessario un ritocco alla punta o al dorso del naso, qualora il risultato non risulti del tutto soddisfacente. Nel caso di deviazioni rilevanti della piramide e/o del setto nasale, è possibile che l'intervento non garantisca una perfetta correzione del difetto,

### **autorizzo**

il dottor Pier Luigi Amata e i suoi collaboratori a eseguire su di me l'intervento di rinoplastica 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.....