

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI

Mastopessi

Il seguente prospetto informativo, redatto e firmato in duplice copia, è stato consegnato alla Sig.ra
in data

dal Dott.
che ne ha ampiamente spiegato i contenuti.

Il seguente documento è condiviso dai Chirurghi Plastici della Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica (SICPRE) e del Gruppo Triveneto-Emiliano Romagnolo di Chirurgia Plastica (GTVVER), al fine di completare le informazioni che si riferiscono all'intervento di *mastopessi*, che ha ricevuto nel corso della visita specialistica effettuata

dal Dott. in data

Ha lo scopo di dare tutte le informazioni utili a prendere una decisione consapevole.

Si raccomanda di leggerlo con attenzione e di porre, prima dell'intervento, tutte le domande che si ritengono opportune per una completa comprensione.

Firma della Paziente

.....

Firma del Medico che spiega e consegna

.....

li

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO
PER L'INTERVENTO DI
MASTOPESSI**

Io sottoscritta richiedo di essere sottoposta ad intervento di per

Dichiaro di essere stata visitata dal Dott. in data Sono stata informata personalmente dal Dott., ossia il sanitario che procederà all'intervento, con veste sostanziale di capo-équipe, in data, nei locali della struttura sanitaria

- sul tipo di intervento, che mi è stato descritto verbalmente ed in forma scritta con uno specifico opuscolo “prospetto informativo” consegnatomi in data, e che consiste in
- sugli obiettivi e sulle potenzialità concrete dell'intervento. In particolare.....;
- sui limiti dell'intervento stesso, che potrebbe, sia pure in via di eccezione, non determinare il conseguimento del risultato auspicato in premessa (come specificato nel prospetto informativo consegnatomi);
- sulle modalità di esecuzione dell'intervento già spiegate nell'opuscolo informativo;
- sul fatto che l'intervento sarà eseguito in regime e richiederà un'anestesia
- sulle possibili complicanze (come da prospetto informativo consegnatomi), che peraltro saranno oggetto di tempestivo ed adeguato trattamento, secondo le buone regole di clinica chirurgica e su cui, parimenti, esprimo consenso;
- sui rischi probabili e prevedibili (reinterventi secondari in particolare, ma non solo, per revisione delle cicatrici e per).
- Nell'eventuale necessità di procedere ad una revisione chirurgica (per chiarezza indicata anche come “ritocchi” o “reinterventi secondari”) per imprevedibili ed incalcolabili esiti dovuti ad incontrollabili naturali processi di cicatrizzazione e di assestamento delle aree operate, l'impegno finanziario di tali procedure è a carico della Paziente che concorderà le intrinseche modalità prima dell'operazione stessa (se eseguita privatamente);

- sul rischio, in particolare che l'intervento programmato può comportare (come spiegato nel prospetto informativo consegnatomi);
- sulle sequele temporanee: ossia ecchimosi, edemi e gonfiori, dolori, anestesi e ipoestesi e su quelle permanenti: cicatrici normali e patologiche.

Acconto ad ulteriori procedure che, anche in alternativa a quelle già oggetto di consenso sopra descritto, si dovessero profilare - nel corso dell'esecuzione dell'intervento, ed esclusivamente in relazione a fattori sopravvenuti - indispensabili per la migliore riuscita dell'intervento nel senso in premessa indicato, e ciò con riguardo sia alle tecniche chirurgiche che alle pratiche anestesologiche.

Accetto, nell'ottica di una migliore risposta sanitaria, di eseguire le terapie mediche e fisiche, che mi verranno suggerite, le medicazioni prescritte e di attenermi ai comportamenti ed alle indicazioni fissate durante il decorso post-operatorio.

Confermo, inoltre, di essere stata informata sulle conseguenze fisiche, mentali ed occupazionali che potranno o potrebbero presentarsi nel periodo post-operatorio (come descritto nel prospetto informativo consegnatomi).

Dichiaro di essere stata informata sulle metodiche alternative a quelle propostemi per il trattamento del mio problema (come da prospetto informativo consegnatomi).

Sono consapevole che in caso di complicazioni o effetti collaterali o risultati poco soddisfacenti conseguenti all'intervento dovrò informarne con sollecitudine il Chirurgo che metterà in atto un tempestivo e adeguato trattamento secondo le buone regole della Medicina. Qualora non informassi il Chirurgo sono consapevole che egli si riterrà sollevato da ogni responsabilità sull'evoluzione del mio caso e non si riterrà responsabile di correzioni o consigli forniti da altri Colleghi.

Sono consapevole del fatto che ulteriori interventi secondari correttivi potrebbero essere necessari od opportuni. Acconto ad essere fotografata prima, durante e dopo l'intervento a scopo di documentazione clinica, edotto che il Chirurgo si impegna ad utilizzare le immagini solo in ambito scientifico e per informazione clinica o giudiziaria con assoluta garanzia di anonimato.

Evidenzio che ho posto le seguenti domande a chiarimento:

.....

.....

.....

.....

.....

e che ogni mio quesito ha ricevuto una risposta chiara e completa.

Del pari confermo che mi è stato lasciato tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute, così da assumere una decisione consapevole.

La Paziente

Il Medico

.....

.....

li