

Mastoplastica Additiva

Protocollo di consenso informato ad intervento di MASTOPLASTICA ADDITIVA

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 MASTOPLASTICA ADDITIVA. 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.

Un seno non sviluppato oppure poco sviluppato o leggermente cadente può acquistare un aspetto piacevole solo con un intervento chirurgico: la Mastoplastica additiva.

Tale intervento consiste nell'inserimento in regione mammaria (sopra o sotto il muscolo pettorale) di apposita protesi.

La via d'accesso e la conseguente cicatrice possono essere sottomammarie, periareolare o ascellari.

Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza di medicazioni, l'epoca della rimozione di punti dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata.

Il risultato è di solito ottimale ma in una modesta percentuale di casi le protesi vanno incontro ad un indurimento che può essere fastidioso per la paziente e talvolta anche alterare la forma stessa del seno.

Si possono verificare, anche se raramente, come in ogni intervento chirurgico, raccolte ematiche o sierose o infezioni che possono comportare un prolungamento del trattamento post-operatorio ed eccezionalmente la rimozione delle protesi.

PRIMA DELL'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITIVA

* 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.

* Procurarsi un reggiseno in tessuto elastico.

* Organizzare, per il periodo post-operatorio, la presenza di un accompagnatore/trice, che può essere utile, anche se non indispensabile.

ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITIVA

* Praticare un accurato bagno di pulizia completo; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi, depilare le ascelle.

* Non assumere cibi né bevande, a partire dalla mezzanotte.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITIVA

* Mantenere rigorosamente il digiuno e indossare un indumento da notte completamente apribile sul davanti con maniche molto comode.

DOPO L'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITIVA

* Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile.

* Cercare di non utilizzare i muscoli pettorali e quindi non forzare sulle braccia per alzarsi dal letto.

* Per almeno due giorni non fumare, per evitare colpi di tosse e quindi possibili sanguinamenti.

* E' consentita una cauta ripresa della attività sessuale non prima di 7 giorni.

* Per almeno 1 settimana non guidare l'automobile.

* Per almeno due settimane non compiere ampi movimenti con le braccia e non sollevare pesi.

- * Eventuali attività sportive possono essere riprese dopo un mese.
- * Per almeno 1 mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA) e non dormire sulla pancia.
- * E' possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.

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 MASTOPLASTICA ADDITIVA

....., 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:

- * All'intervento residueranno inevitabilmente delle cicatrici anche se molto ridotte e facilmente occultabili, anche se la qualità delle cicatrici è indipendente dalla tecnica chirurgica ma legata alla reattività individuale.
- * Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito in regione pettorale dolore, che regredirà nel giro di pochi giorni.
- * Potrebbero evidenziarsi delle ecchimosi, destinate però a scomparire in alcune settimane.
- * La sensibilità della pelle ed in particolare delle areole e dei capezzoli potrà rimanere alterata per un periodo variabile, eccezionalmente in forma duratura.
- * L'intervento di Mastoplastica Additiva non impedisce la funzione dell'allattamento, che può però alterare il risultato, soprattutto in presenza di una ghiandola già ptosica.
- * Dal punto di vista oncologico la protesi è assolutamente innocua e non preclude con la sua presenza alcun accertamento (mammografia, ecografia ecc.).
- * In una percentuale modesta le protesi vanno incontro ad un indurimento, dovuto ad una reazione dell'organismo nei confronti del materiale estraneo.
- * Si possono verificare, anche se raramente raccolte, ematiche e sierose o infezioni che possono configurare un prolungamento del trattamento post-operatorio ed eccezionalmente la rimozione delle protesi.
- * Anche un seno protesizzato invecchia: le protesi mammarie come ogni altro materiale protesico (valvole cardiache, protesi d'anca) si deteriorano nel tempo per cui si potrebbe rendere necessaria la loro sostituzione dopo 11-15 anni, mentre il cono mammario, soprattutto se molto voluminoso, può andare incontro con il tempo ad una ptosi.

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, sierosi o infezioni, 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