

Addominoplastica

Protocollo di consenso informato ad intervento di ADDOMINOPLASTICA

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 ADDOMINOPLASTICA. 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.

Una ridondanza cutanea addominale o un addome prominente possono essere corretti mediante un intervento chirurgico.

Tale intervento, detto Addominoplastica, può essere volto alla ricostruzione del piano muscolare o alla riduzione del mantello cutaneo o alle due cose insieme.

All'intervento residua una cicatrice orizzontale nella zona inferiore dell'addome, che può estendersi fino ai fianchi, e una piccola cicatrice periombelicale.

Con questo intervento vengono eliminate le smagliature dei quadranti inferiori dell'addome mentre quelle dei quadranti superiori possono essere solo migliorate di aspetto per effetto della tensione cutanea.

L'intervento viene necessariamente effettuato in anestesia generale, mentre i giorni di degenza (di solito 2-4), la frequenza delle medicazioni e l'epoca della rimozione dei punti dipendono dal singolo caso clinico.

Il risultato è generalmente soddisfacente fin dai primi tempi anche se si rende spesso necessario un ritocco delle cicatrici o una liposuzione delle regioni più laterali dell'addome.

PRIMA DELL'INTERVENTO DI ADDOMINOPLASTICA

- * Informare il chirurgo di qualsiasi eventuale trattamento con farmaci (soprattutto cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti, 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.
- * Organizzare per il periodo post-operatorio, la presenza di un accompagnatore/trice, che può essere utile, anche se non indispensabile.
- * Procurarsi una pancera elastica.

ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI ADDOMINOPLASTICA

- * Non assumere cibi né bevande, a partire dalla mezzanotte.
- * Praticare un accurato bagno di pulizia completo; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi; depilare il pube.
- * Praticare un clistere di pulizia.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI ADDOMINOPLASTICA

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

DOPO L'INTERVENTO DI ADDOMINOPLASTICA

- * Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile e camminare in posizione leggermente flessa.
- * Per almeno 7 giorni indossare la guaina elastica posta dal medico, senza mai toglierla. Non fumare, per evitare colpi di tosse con relativo dolore e possibili sanguinamenti.
- * E' consentita una cauta ripresa della attività sessuale non prima di tre settimane.
- * Per almeno 2 settimane non guidare l'automobile.
- * Per almeno un mese non praticare sport né fare ginnastica.
- * E' possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.
- * Per almeno un mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampade UVA)

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 ADDOMINOPLASTICA

....., li.....

Io sottoscritto/a Nome..... Cognome.....

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

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, 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 tissutali che possono comportare un prolungamento del trattamento post-operatorio ed alterare altresì il risultato estetico.

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 programmato a priori l'esatto 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.

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