

chirurgiadellabellezza

Consegnato il.....

Paziente.....

Firma per ricezione.....

Si raccomanda il paziente di leggere scrupolosamente e con calma quanto segue, e assolutamente di non firmare in caso di incomprensione totale o parziale.

CONSENSO INFORMATO

Lifting delle Cosce

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 LIFTING DELLE COSCE. 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 o lassità cutanea della faccia interna delle cosce può essere corretta mediante un intervento chirurgico.

Tale intervento, detto lifting delle cosce, è volto alla asportazione della cute in eccesso in corrispondenza della regione interna delle cosce. E' necessario essere consapevoli che, in ogni caso, non è possibile restituire la tensione e la compattezza che i tessuti hanno di solito nella giovinezza.

All'intervento residuano cicatrici estese nel solco inguinale e nel solco gluteo, ordinariamente occultabili sotto un costume da bagno non troppo sgambato. Le cicatrici possono tuttavia, per

effetto della forza di gravità, spostarsi al di sotto del solco, diventando quindi più visibili.

I giorni di degenza (di solito 1-2), la frequenza delle medicazioni, l'epoca della rimozione dei punti, dipendono dal singolo caso clinico.

Il risultato è generalmente soddisfacente fin dai primi tempi, anche se si può rendere necessario un ritocco delle cicatrici.

PRIMA DELL'INTERVENTO DI LIFTING DELLE COSCE

* 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) o altri antinfiammatori non steroidei.

* Se possibile, segnalare i periodi del ciclo mestruale.

* 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 guaina elastica.

ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI LIFTING DELLE COSCE

* 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.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI LIFTING DELLE COSCE

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

DOPO L'INTERVENTO DI LIFTING DELLE COSCE

- * Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile.
- * 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 AD INTERVENTO DI LIFTING DELLE COSCE

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

Io sottoscritto/a

Nome.....

Cognome.....

DICHIARO di avere 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, in genere occultabili sotto una mutandina non troppo sgambata. In alcuni casi le cicatrici possono dislocarsi al di sotto del solco inguinale, diventando quindi visibili al di fuori della mutandine.

* Nel periodo post-operatorio si potrà avvertire dolore, soprattutto durante la deambulazione, che si attenuerà nel giro di pochi giorni.

* È possibile che si manifestino edemi ed ecchimosi, che hanno la tendenza a migrare verso il basso. Essi scompaiono di solito in uno-due mesi.

* La sensibilità delle regione interna delle cosce potrà rimanere alterata per un periodo variabile, eccezionalmente in forma duratura.

* L'intervento di lifting delle cosce, come tutte le procedure chirurgiche, è soggetto a complicazioni quali ematoma, sieroma e infezione.

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.....

ed 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 programmato a priori il preciso risultato, in quanto i processi di cicatrizzazione profonda dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate, ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

Eventuali complicazioni, quali ematomi, sieromi o infezione, 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