

 CONSENSO INFORMATO ALL’ INTERVENTO DI CHIRURGIA INTIMA

Paziente:..................................................... Salò,.........................

Lo scopo del seguente modulo di consenso é di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio pre-operatorio con il chirurgo, informazioni riguardanti le caratteristiche dell’ intervento di CHIRURGIA INTIMA ed i rischi ad esso connessi.

La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di chiedere al chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi firmare questo documento come conferma di aver ben compreso le informazioni ricevute.

Questo tipo di intervento può essere di tre tipi:

- accorciamento delle piccole labbra: si interviene sulle piccole labbra vaginali laddove siano rilassate, asimmetriche, o abbiano subito un aumento di volume. Tale fenomeno può essere causato da un problema congenito oppure dall’invecchiamento;

- aumento delle grandi labbra: si interviene sulle grandi labbra vaginali laddove che hanno subito ipotrofia a causa dell’invecchiamento o, a volte, a causa dell’utilizzo eccessivo di indumenti troppo attillati. Spesso questo tipo di intervento viene anche eseguito per “camuffare” l’eccessiva grandezza delle piccole labbra vaginali;

- aumento o riduzione del monte di venere: si interviene sul Monte di Venere quando questo subisce u eccessivo rilassamento o un evidente accumulo adiposo.

Questi tipi di interventi vengono eseguiti in anestesia locale, associata a sedazione e hanno una durata che varia da trenta minuti a un’ora.

Tutti questi tipi di intervento presentano rischi e possibili complicanze, alcuni di questi sono di tipo generale, ossia comuni a qualsiasi tipo di intervento chirurgico e altri sono invece legati al caso specifico in questione. I rischi generali legati alla chirurgia intima sono emorragia, infezione, infiammazioni persistentim o reazioni allergiche ai farmaci o all’anestesia, dolore e necrosi. Da un punto di vista statistico l’impatto di questi tipi di complicanze è irrilevante poiché l’intervento di chirurgia intima è un intervento chirurgico che offre un grado di sicurezza molto elevato.

Per quanto riguarda i rischi specifici:

* Insoddisfazione del risultato dell’operazione: la paziente deve avere delle aspettative realistiche, basate sulla sua situazione di partenza
* Non-estetica cicatrizzazione: le modalità di cicatrizzazione sono legate soprattutto alle caratteristiche specifiche della paziente. Donne con tendenza alla cicatrizzazione ipertrofica o cheloidea dovrebbero pensare ad non intervenire in questo senso- In ogni caso è possibile che la cicatrice non sia del tutto gradevole e che sia necessario intervenire nuovamente;
* Dolorabilità e parestesia: è possibile perdere la sensibilità nella zona operata, ma sempre per un breve tempo.

Per quanto riguarda il suo caso specifico è necessario sottolineare che esiste la possibilità delle seguenti ulteriori

complicazioni:…………………………………………………….………………………………………………………………… …..

Ho capito tutti i punti descritti e coscientemente richiedo di essere sottoposto all’intervento di chirurgia intima, avendo ben compreso che potrebbe essere necessario un nuovo intervento per risolvere le eventuali complicanze sopraelencate o in caso, per un qualsiasi motivo, il risultato non sia adeguato o del tutto soddisfacente.

Nel caso di un intervento di revisione (dopo alcuni mesi dal primo intervento) mi verranno addebitate le sole spese di utilizzo della sala operatoria e della collaborazione dell’anestesista, qualora si renda necessaria.

La procedura chirurgica per l’intervento di CHIRURGIA INTIMA mi é stata personalmente spiegata dal Dott. ………………………………e/o dai suoi collaboratori ed ho pienamente compreso la natura e le conseguenze dell’operazione.

Dopo la dimissione é necessario seguire scrupolosamente le istruzioni impartite dal medico e sottoporsi a medicazioni e controlli sino alla completa guarigione.

Dichiaro di essere stata/o informata/o della necessità di essere accompagnata/o a casa dopo l’intervento. In caso contrario, il personale della clinica declina ogni responsabilità al riguardo.

Acconsento ad essere fotografata/o e/o video-ripresa/o prima, durante e dopo l’ intervento, in modo che tale documentazione video-fotografica possa essere utilizzata per archiviazione e/o eventualmente a scopo scientifico/didattico

Io sottoscritta/o………………………………….. dichiaro inoltre che………………………………………………………………

Consegnato il………………………… In fede ...............……..........................

 Firma e timbro del medico……………………………

Tel 0365/41446 Fax 0365/524231 E-mail info@villabella.it