

 CONSENSO INFORMATO ALL’ INTERVENTO DI ZIGOMOPLASTICA

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 ZIGOMOPLASTICA 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.

La zigomoplastica è un intervento che mira all’aumento del volume e della proiezione degli zigomi mediante l’inserimento di protesi nella regione zigomatica oppure (più recente ed utilizzato), mediante nell’impianto di quantità variabili di tessuto adiposo che viene prelevato da un’altra zona del paziente ove ve ne è un eccesso.

L’intervento viene eseguito in anestesia locale e solitamente dura meno di un’ora.

Successivamente all’intervento sarà normale il presentarsi di alcuni “disagi” come indolenzimento locale, gonfiore e lividi, che generalmente si risolvono in pochi giorni.

E’ possibile che una parte o, raramente, la totalità del grasso trapiantato, possa riassorbirsi. In questi casi si potrà ripetere l’intervento dopo alcuni mesi per reintegrare la frazione non attecchita.

Può anche succedere che il grasso trapiantato, specie se distribuito troppo superficialmente, provochi la comparsa di microcisti, facilmente eliminabili con un trattamento medico o con un piccolo intervento.

E’ importante in ogni caso sapere che, come qualsiasi tipo di intervento chirurgico, la zigomoplastica, se pur molto raramente, può comportare complicazioni di entità maggiore come ecchimosi, edema persistente, sieroma, infezioni e gonfiore prolungato.

Da un punto di vista statistico l’impatto di questi tipi di complicanze è irrilevante poiché l’intervento di zigomo plastica o lipofilling degli zigomi è un intervento chirurgico che offre un grado di sicurezza molto elevato.

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 zigomoplastica, 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 ZIGOMOPLASTICA 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