

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI MASTOPLASTICA RIDUTTIVA

Questa scheda contiene le informazioni sull'operazione di mastoplastica riduttiva.

Tutte le espressioni tecniche utilizzate sono state seguite da un'ampia descrizione verbale di chiarimento.

Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____

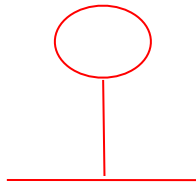
Residente a _____ in Via _____

AUTORIZZO

il Dott. Tommaso Battistella a sottopormi all' intervento chirurgico di mastoplastica riduttiva.

L'intervento di mastoplastica riduttiva è un intervento chirurgico di riduzione del volume e di rimodellamento delle mammelle ipertrofiche. Consiste in una asportazione chirurgica parziale della ghiandola mammaria, nel riposizionamento dell'areola e del capezzolo e nell'asportazione della pelle in eccesso.

Dichiaro di essere dettagliatamente ed esaurientemente informata in relazione alla cicatrice residua all'intervento che sarà peri-areolare, verticale, dall'areola al solco mammario, e orizzontale lungo il solco mammario, di una lunghezza di alcuni centimetri, che varierà in relazione all'entità della riduzione necessaria. **(VEDI DISEGNO)**



Le cicatrici che rimangono dopo questo intervento si rendono meno evidenti con il tempo, ma sono permanenti. Nelle prime settimane, le cicatrici appaiono spesso peggiorare, divenendo più rosse ed evidenti. E' necessario attendere 9-12 mesi perché le cicatrici maturino definitivamente, appiattendosi e divenendo biancastre.

Io sottoscritta _____ :

Dichiaro di essere dettagliatamente informata sulla tecnica di riposizionamento dell'areola e del capezzolo.

Dichiaro di avere compreso che l'areola ed i capezzoli potrebbero in parte o totalmente andare in necrosi e che tale evenienza necessiterà di interventi chirurgici successivi di ricostruzione.

Dichiaro di essere dettagliatamente informata che l'areola potrebbe diventare di colore più chiaro o più scuro, avere i margini irregolari, essere asimmetrica.

Dichiaro di essere dettagliatamente informata che l'areola ed il capezzolo potrebbero perdere parzialmente o totalmente la sensibilità in modo transitorio e più raramente in modo definitivo.

Dichiaro di aver compreso che non potrò più allattare in caso di gravidanza.

LETTO E CONFERMATO _____

Io sottoscritto _____ **dichiaro** di aver compreso nei colloqui che hanno preceduto tale intervento che la mastoplastica riduttiva per gigantomastia è un **intervento di chirurgia plastica ricostruttiva e non ha finalità puramente estetiche.**

PREPARAZIONE PRE-OPERATORIA

Verranno di solito prescritti degli esami di laboratorio, un elettrocardiogramma, una ecografia mammaria o una mammografia ed eventualmente un rx torace, in preparazione all'intervento. Si consiglia di non assumere aspirina o medicinali che la contengono per due settimane prima dell'intervento e due settimane dopo. L'aspirina può causare sanguinamento e quindi aumentare il rischio di complicanze. Si consiglia poi di eliminare il fumo per almeno due settimane prima dell'intervento. Alcuni studi hanno dimostrato che l'incidenza delle complicanze è 10 volte superiore nei pazienti fumatori rispetto a quelli che non fumano. E' poi opportuno che le pazienti in trattamento con contraccettivi orali interrompano l'assunzione di tali farmaci un mese prima dell'intervento.

TRATTAMENTO POST-OPERATORIO

La paziente dovrà essere accompagnata a casa e non restare da sola a domicilio, potrà prendere degli antidolorifici e degli antibiotici per bocca.

Le medicazioni postoperatorie variano a caso a caso; i punti vengono rimossi generalmente dopo 10-15 giorni.

La paziente deve di solito stare a riposo per alcuni giorni e dormire supina per 15 - 20 giorni.

Dopo alcuni giorni potrà iniziare progressivamente a svolgere attività leggere. E' anche normale, una dolenzia diffusa, bruciore, gonfiore, e perdita di sensibilità per diversi giorni dopo l'intervento. Talora, la perdita di sensibilità persiste anche per diverse settimane. La paziente dovrà inoltre indossare in maniera continuativa un reggiseno contenitivo per circa un mese. Ecchimosi e edema (gonfiore) si risolvono per la maggior parte entro 3 - 4 settimane, anche se sono necessari 3-6 mesi perché scompaia del tutto ogni gonfiore residuo.

Per migliorare la cicatrizzazione è consigliabile applicare, a ferite guarite, del gel e delle lamine di silicone secondo la prescrizione del proprio chirurgo.

Al minimo dubbio di un andamento anormale del periodo postoperatorio o per qualsiasi altro problema inerente l'intervento, **consultate senza esitazione il Vostro Chirurgo.**

RIPRESA DELL'ATTIVITA' FISICA

Per quanto sia opportuno che la paziente deambuli fin dalla prima giornata postoperatoria per ridurre il rischio di fenomeni di trombosi degli arti inferiori, la guarigione è un processo graduale, ed è normale che siano necessarie una - due settimane per sentirsi bene. La paziente potrà riprendere l'attività fisica leggera 5-6 giorni dopo l'intervento, tenendo presente che per circa 10 giorni avrà dolore alla pressione sulle mammelle operate.

L'attività lavorativa può di solito essere ripresa entro due settimane dall'intervento. Le attività sportive potranno essere riprese dopo 4 settimane. La guida dell'automobile è consentita dopo 2 settimane, l'attività sessuale dopo 2 - 3 settimane.

LE COMPLICANZE DELL'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA RIDUTTIVA

Per quanto sia una tecnica chirurgica perfettamente standardizzata ed eseguita con eccellenti risultati, la mastoplastica non sfugge alla regola generale secondo la quale non esiste della chirurgia senza rischi. Non è possibile per il suo chirurgo plastico garantire in modo formale il successo dell'intervento:

LETTO E CONFERMATO _____

Dichiaro di essere stata informata sui possibili:

Rischi generali conosciuti conseguenti a qualsiasi intervento chirurgico invasivo;

Rischi specifici conosciuti conseguenti all' intervento, **tra cui i più frequenti, e non tutti**, sono elencati come segue:

- **Sanguinamento, ematoma e sieroma:** possono insorgere nelle ore o nei giorni successivi all'intervento. Consiste in una raccolta di siero o di sangue e potrebbe causare una riapertura delle ferite. Si risolve spontaneamente o in alcuni casi potrebbe essere necessario intervenire chirurgicamente, soprattutto nelle prime ore post intervento, per fermare il sanguinamento, rimuovere la raccolta ematica o sierosa e posizionare dei drenaggi per alcuni giorni.
Nei casi più gravi di sanguinamento potrebbe essere necessario trasfondere sangue
- **Infezione locale:** complicanza possibile in ogni intervento chirurgico, potrebbe richiedere intervento di drenaggio e pulizia dell'area infetta e terapie antibiotiche locali e generali.
- **Apertura delle ferite:** conseguenza di ematomi, sieromi, infezioni, ecc.. Il fumo potrebbe aumentare notevolmente il rischio di ritardo di guarigione delle ferite. Tale complicanza è frequente nel punto di congiunzione tra la ferita verticale e la ferita orizzontale.
- **Alterazione delle cicatrici:** la cicatrizzazione è un processo biologico imprevedibile che varia da persona a persona. In alcuni casi potrebbe dare luogo a cicatrici esteticamente sgradevoli, visibili, slargate, depresse, di colore diverso dalla cute circostante, dolenti, ipertrofiche fino a formare dei cordoni duri e fibrosi (cheloidi).
Il 25% degli interventi di mastoplastica danno luogo a cicatrici ipertrofiche/cheloidi.
La cicatrice è sempre visibile e potrebbe essere un danno estetico permanente non più correggibile.
- **Alterazione della sensibilità:** soprattutto a carico dell' areola e della cute peri-areolare e pericicatrizzale, in genere transitoria, si recupera in alcune settimane, solo in rari casi è permanente.
- **Necrosi grassosa:** si ha una colliquazione del grasso mammario con fuoriuscita di materiale denso dalle ferite. Necessita di medicazioni e lavaggi locali, in caso di necrosi più ampie potrebbe essere necessario un intervento chirurgico di pulizia.
- **Necrosi cutanea:** di zone più o meno ampie di cute della mammella, si verifica soprattutto nel punto di giunzione tra la cicatrice verticale e la orizzontale. Richiede medicazioni e possibili interventi chirurgici di rimozione dell' escara o di correzione della cicatrice residua.
- **Necrosi dell'areola:** parziale o totale, nel secondo caso richiede una ricostruzione chirurgica successiva, potrebbe dare esiti estetici e funzionali permanenti. Dalla letteratura internazionale si evince una incidenza dell'1% dei pazienti operati.
- **Retrazione del capezzolo:** in genere regredisce dopo 4 – 6 mesi, se dovesse persistere potrebbe necessitare di correzione chirurgica.
- **Malposizione dell'areola e del capezzolo:** l'areola ed il capezzolo possono essere riposizionati troppo in alto, troppo in basso o asimmetrici fra di loro. Questa complicanza potrebbe necessitare di una correzione chirurgica successiva.
- **Asimmetria mammaria:** della forma, del volume, delle cicatrici fra le due mammelle. Questa complicanza può richiedere un intervento chirurgico correttivo.
- **Recidiva della ptosi (discesa) delle mammelle:** a distanza di tempo, non prevedibile, dall'intervento chirurgico potrebbe lentamente e gradualmente recidivare la ptosi (discesa) delle due mammelle. La discesa deve considerarsi un processo fisiologico nel tempo delle mammelle. Cali di peso importanti o nuove gravidanze potrebbero accelerare la recidiva.
- **Frequenza di chirurgia supplementare.** Le complicazioni a lungo termine finora descritte si traducono nella possibilità di ricorrere ad ulteriori interventi chirurgici nel tempo.

Tra il 10% ed il 20% degli interventi necessitano di chirurgia supplementare negli anni.

In caso di reintervento il costo di sala operatoria, eventuale degenza e di materiali chirurgici (protesi ,ecc.) sarà a carico della paziente (salvo attivazione della assicurazione Medassure e riconoscimento del sinistro da parte della compagnia assicurativa).

LETTO E CONFERMATO _____

- **Occasionalmente può essere necessario una revisione di qualche cicatrice** al fine di ottenere un risultato estetico ottimale. La revisione è un intervento minore e può essere eseguito in anestesia locale, ambulatorialmente, dopo sei mesi almeno.
- **Allattamento:** in alcuni casi, per il tipo di intervento chirurgico si compromettono i dotti galattofori rendendo impossibile l'allattamento in caso di gravidanza.
- **Mammografia:** le cicatrici interne possono, in alcuni casi, interferire nell'indagine mammografia.
- **Risultati estetici insoddisfacenti:** in alcuni casi è possibile che i risultati estetici non siano del tutto soddisfacenti e che all'intervento residuino con cicatrici estese a volte asimmetriche tra loro.
- **Tromboflebite ed embolia polmonare:** sono le complicanze più temibili. Dalla letteratura internazionale si evince che l'incidenza della tromboflebite è dell'1% e dell'embolia polmonare è dello 0,8 % dei pazienti operati. Per interventi lunghi come questo è consigliabile indossare calze anti-trombo dalla mattina del giorno dell'intervento al giorno della dimissione.
- **Cali o aumenti di peso importanti o nuove gravidanze** potrebbero compromettere il risultato estetico ottenuto.

Sono stata informata che l'insorgere di una o più di queste complicanze potrebbe richiedere interventi chirurgici successivi e che tali complicanze potrebbero compromettere il risultato estetico dell'intervento stesso.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte ed ai controlli nel post operatorio, essendo informata che in caso contrario potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Ho ben presente che i due lati del corpo umano non sono uguali e che non potranno mai essere resi identici.

Dichiaro di non essere in stato interessante.

L'intervento verrà eseguito in anestesia generale o con altre forme di anestesia dei cui rischi sono stata informata.

Autorizzo anche ai sensi della legge sulla privacy, ad effettuare fotografie pre – trattamento e post – trattamento, il cui utilizzo avrà finalità divulgativo – scientifiche e con assoluta garanzia di anonimato.

Poichè la medicina non è una scienza esatta, non potrà essere garantita un'obbligazione dei risultati e l'esatto risultato non potrà essere precisamente programmato a priori.

Dichiaro di aver letto e compreso le suddette informazioni le quali mi sono state ben chiarite dal Dott. Tommaso Battistella durante i colloqui che hanno preceduto l'intervento chirurgico.

Io sottoscritta _____ **Dichiaro** di essere stata informata che il Dott. Tommaso Battistella presterà la sua assistenza nelle prime 24 ore del post-operatorio ed ai controlli successivi già precedentemente programmati.

Autorizzo nei giorni successivi all'intervento ad essere assistita dall'equipe anestesilogica e chirurgica del Dott. Tommaso Battistella

Io sottoscritta DICHIARO che tutte le informazioni contenute nel consenso informato mi sono state presentate e chiarite nel colloquio che ha preceduto l'intervento chirurgico.

La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente, quindi le chiediamo di firmare questo documento (formato di numero 4 pagine) in duplice copia, di cui una viene conservata dal medico.

Dichiaro di essere dettagliatamente ed esaurientemente informata in relazione all'intervento chirurgico a cui desidero sottopormi, delle tecniche impiegate, dei fini da raggiungere, dei limiti dello stesso e dei rischi, che mi sono stati spiegati in termini che ho capito e che il medico ha risposto in modo soddisfacente a tutte le domande che gli ho posto e :

DO IL MIO CONSENSO (data e firma) _____

FIRMA DEL MEDICO _____