



CONSENSO INFORMATO DERMOCHIRURGIA

Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci anti-neoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. E' bene tenere presente, inoltre, che qualsiasi procedura chirurgica – per quanto piccola e limitata possa essere ed eseguita su pazienti in buone condizioni generali – comporta sempre la non prevedibile possibilità di insorgenza di complicazioni generali il cui tipo e gravità sono anch'esse non prevedibili, ma, anche se raramente, possono essere drammatiche e portare al decesso o all'invalidità permanente. Statisticamente si può affermare che, per persone in buone condizioni generali i cui esami clinici non dimostrino alterazioni che possono aumentare il tasso di rischio, la possibilità di insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è pressochè teorica. E' bene sapere che poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere garantita un'obbligazione di risultati: non può essere precisamente, cioè, programmato a priori il risultato esatto. La percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità, la qualità delle cicatrici residue, la simmetria del risultato, la formazione di irregolarità cutanee dipendono non soltanto dalle tecniche impiegate, ma ancor di più dalle risposte dell'organismo. Infine, le fotografie del pre e post-operatorio, saranno utilizzate dal chirurgo unicamente per scopi scientifici e/o divulgativo-scientifici.

Annotazioni
specifiche _____

Il /La Sottoscritto/a _____

Domiciliato/a _____

Chiede che mio figlio/a venga sottoposto ad intervento di _____

Di essere sottoposto/a ad intervento di: _____

Descritto nella pubblicazione costituita da pagine n° _____ consegnatami all'atto della visita preliminare, informazioni presenti anche sul sito internet, :www.sidec.org

Le possibilità ed i limiti del Quale mi sono stati esaurientemente spiegati dal

Dr./Prof. _____

Acconsento, inoltre, ad ulteriori o alternative procedure chirurgiche che potranno essere considerate necessarie durante l'esecuzione del su citato intervento.

Accetto di seguire le terapie mediche e fisiche prescritte ed i comportamenti indicati per il decorso postoperatorio.

Dichiaro di aver fornito esattamente i miei dati anamnestici.

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____ sulla classe

di rischio operatorio a cui appartengo (ASA 1 🇸🇰 ASA 2 🇸🇰 ASA3 🇸🇰 ASA 4 🇸🇰 ASA 5 🇸🇰),

sul tipo di anestesia (🇸🇰 anestesia locale 🇸🇰 anestesia locale + sedazione 🇸🇰 anestesia

locale + sedazione profonda 🇸🇰 anestesia generale), a cui verrò sottoposto e sulle

tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali durante l'intervento.

Accetto, inoltre che il medico anestesista modifichi la tecnica concordata qualora lo dovesse ritenere necessario per il mio stato di benessere.

Data _____ Firma del Paziente _____

Confermo di aver spiegato al paziente/genitore/tutore le possibilità, i limiti ed i rischi eventuali di questa operazione

Data _____

Firma del Chirurgo Operatore _____

Firma del Medico Anestesista _____