

## **Protocollo di consenso informato all'intervento di liposcultura**

Lo scopo del presente modulo è fornire, in aggiunta al colloquio pre-operatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche e i rischi connessi all'intervento. La preghiamo di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

Gli accumuli localizzati di grasso corporeo, resistenti alla dieta e alla ginnastica, possono essere eliminati definitivamente mediante liposcultura, tecnica di modellamento corporeo a cielo coperto. La liposcultura mediante aspirazione (suzione) del grasso può essere effettuata in qualsiasi area corporea, ma le zone dove viene praticata più frequentemente sono i fianchi, le cosce, le ginocchia, l'addome, la regione sottomentoniera.

La quantità di grasso asportabile è limitata e determinata caso per caso, in base alle caratteristiche individuali. L'intervento è ripetibile. All'intervento residuano cicatrici cutanee di estensione minima (pochi millimetri), collocate in corrispondenza dei solchi cutanei naturali e perciò destinate ad essere poco visibili.

Eventuali smagliature o irregolarità sottocutanee non vengono corrette con l'intervento di liposuzione. Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza e il tipo delle medicazioni, l'epoca di rimozione dei punti, dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata.

Il risultato, apprezzabile già dai primi tempi, si evidenzia in non meno di due mesi ed è destinato a migliorare ulteriormente.

### **Consenso informato all'intervento di liposcultura**

Io sottoscritto/a (nome) ..... (cognome) ..... dichiaro

di aver letto il Protocollo di consenso informato. Inoltre l'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo e ritengo di averne compreso scopi e limiti. In particolare so che:

- \* in caso di adiposità cospicue o di asimmetrie costituzionali potranno essere opportuni piccoli interventi correttivi secondari,
- \* nel periodo post-operatorio nelle zone trattate si può avvertire un moderato dolore, che tende ad attenuarsi entro pochi giorni, e gonfiore per circa un mese,
- \* è normale che sulle regioni trattate si manifestino delle ecchimosi, destinate a scomparire,
- \* la sensibilità cutanea talora, in piccole zone, può rimanere alterata per un breve periodo; raramente in modo permanente,
- \* in taluni casi, specie in soggetti non giovani o con pelle anelastica, all'intervento potranno residuare irregolarità e rilassamenti della superficie cutanea,
- \* la qualità delle cicatrici è indipendente dalla tecnica chirurgica, ma legata alla reattività individuale. Potrebbe esitare anche una leggera iperpigmentazione,
- \* in rari casi possono verificarsi raccolte ematiche o sierose, necrosi cutanee e processi infettivi,

### **autorizzo**

il dottor Pier Luigi Amata e i suoi collaboratori a eseguire su di me l'intervento di liposcultura come concordato. So che verrò sottoposto/a ad anestesia di tipo .....

**autorizzo**

il dottor Pier Luigi Amata e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza, e secondo le necessità contingenti, le tecniche programmate, sia durante l'intervento che nel 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 si può programmare a priori il risultato esatto dell'intervento, nonché la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale formazione di ematomi e sierosi: eventi che dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate quanto dalle risposte dell'organismo.

.....  
firma del paziente

.....  
l'esercente la patria potestà (in caso di minore)

.....  
firma del chirurgo

Roma, li.....