

Protocollo di consenso informato all'intervento di otoplastica

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.

Le orecchie a ventola, o prominenti, possono essere corrette a qualsiasi età mediante l'intervento di otoplastica. All'intervento non residuano cicatrici visibili, in quanto sono situate nel solco retroauricolare nelle pieghe naturali dell'orecchio.

Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza delle medicazioni, l'epoca di rimozione dei punti, dipendono dal singolo caso e dalla tecnica impiegata. Il risultato è soddisfacente fin dai primi tempi, anche se nel primo periodo post-operatorio si manifesta un inevitabile gonfiore, destinato a regredire nei giorni successivi.

Consenso informato all'intervento di otoplastica

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:

- * nel periodo post-operatorio le orecchie si gonfiano, inevitabilmente, anche se in misura variabile. Il gonfiore si attenua nell'arco di circa 2 settimane,
- * si manifestano ecchimosi di varia intensità, destinate a riassorbirsi entro 2 settimane,
- * la sensibilità della pelle delle orecchie può rimanere alterata per un periodo variabile,
- * come tutti gli interventi chirurgici, l'otoplastica è soggetta a complicanze, peraltro molto rare, quali ematoma (raccolta di sangue, che deve essere drenato), infezioni (che vengono trattate con terapia adeguata), formazione di cicatrici di qualità scadente (ipertrofiche e cheloidee),
- * in rari casi, soprattutto in soggetti adulti, può verificarsi una ricomparsa della protrusione del padiglione auricolare, che richiede un successivo ritocco chirurgico,

autorizzo

il dottor Pier Luigi Amata e i suoi collaboratori a eseguire su di me l'intervento di otoplastica 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.....