

## Protocollo di consenso informato all'intervento di mastopessi

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.

Un seno flaccido o cadente può essere ricondotto a un aspetto esteticamente piacevole con un intervento chirurgico di mastopessi, mirato a conferire un maggior volume alla mammella, a rimodellarla e sostenerla. All'intervento residuano cicatrici cutanee di diversa estensione, a seconda dell'entità del difetto e della tecnica impiegata, disposte nella maggior parte dei casi intorno all'areola, verticali, dall'areola al solco mammario, di norma occultabili da un comune reggiseno. Eventuali smagliature cutanee saranno ridotte, anche se non scompariranno del tutto, per effetto della tensione del seno rimodellato. Il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza di medicazione, l'epoca di rimozione dei punti dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata. Il risultato è generalmente soddisfacente fin dai primi tempi e suscettibile di ulteriore miglioramento nei mesi successivi.

### Consenso informato all'intervento di mastopessi

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:

- \* all'intervento residueranno necessariamente delle cicatrici, che talvolta possono richiedere una successiva revisione chirurgica. Nel caso di mammelle molto voluminose potranno essere necessari ulteriori ritocchi chirurgici,
- \* la qualità delle cicatrici è indipendente dalla tecnica chirurgica e legata alla reattività individuale,
- \* nel periodo post-operatorio potranno essere avvertiti alle mammelle senso di gonfiore e moderato dolore, che si attenueranno in un periodo variabile di alcuni giorni,
- \* è possibile che si manifestino sulle mammelle delle ecchimosi, destinate a scomparire,
- \* la sensibilità della pelle, in particolare delle areole e dei capezzoli, potrà rimanere alterata per un periodo variabile, ma eccezionalmente in forma duratura,
- \* la mastopessi può ridurre la funzione dell'allattamento. Un eventuale allattamento può comunque alterare seriamente il risultato estetico dell'intervento,
- \* in qualche caso possono verificarsi raccolte ematiche e sierose, o infezioni o necrosi tessutali, che possono comportare un prolungamento del trattamento post-operatorio e alterare il risultato estetico,

### autorizzo

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