

Protocollo di consenso informato ad intervento di

BLEFAROPLASTICA

Lo scopo del seguente modulo di consenso è di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio preoperatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi connessi all'intervento di **BLEFAROPLASTICA**. La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di compilare e firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

Uno sguardo appesantito da palpebre pesanti o rugose, spesso con borse evidenti, può essere corretto mediante l'intervento di **BLEFAROPLASTICA**. A seconda del caso, l'intervento può essere mirato ad asportare la pelle in eccesso, eliminare i cuscinetti di grasso profondo con il riassetto della muscolatura orbitaria, fino raramente giungere a poter modificare il "taglio" dell'occhio.

La blefaroplastica può essere praticata sia sulle palpebre superiori che sulle inferiori, anche contemporaneamente.

All'intervento residuano cicatrici ben nascoste nelle pieghe cutanee, che normalmente si confondono con il colore della pelle circostante entro qualche settimana. La cicatrice della palpebra superiore è situata in fondo al solco che si forma aprendo gli occhi e si prolunga lateralmente per uno-due cm.. Nella palpebra inferiore la cicatrice si trova sotto il bordo palpebrale, nascosta dalla ciglia, e sporge lateralmente per circa uno-due cm.. Il tratto laterale delle due incisioni è necessario per non avere trazioni cutanee improprie e per offrire maggior tensione cutanea lateralmente all'orbita; per circa un mese la cicatrice sarà quindi visibile ma camuffabile, dopo alcuni giorni, con un correttore.

La blefaroplastica si effettua in anestesia locale con minima sedazione endovenosa. Possono essere concordate anestesi diverse, tra cui la generale. Trattandosi di un intervento ambulatoriale, il ricovero è di poche ore.

La rimozione dei punti avviene dopo 3-5 giorni con variazioni dipendenti dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata. Il risultato, molto buono fin dall'inizio, anche se in presenza dall'inevitabile gonfiore ed ecchimosi post-operatori, tende a stabilizzarsi nel giro di alcune settimane. L'intervento non interferisce minimamente con le capacità visive e non causa dolore importante.

Particolare da non dimenticare, le piccole rughe periorbitarie dette "zampe di gallina" non vengono cancellate con la blefaroplastica, ma solo migliorate per l'effetto della distensione della pelle.

I GIORNI PRIMA DELL'INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

- Informare il chirurgo di qualsiasi malattia nelle settimane precedenti e di eventuali trattamenti con farmaci (soprattutto cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti, ecc.).
- Sospendere per 10 giorni l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Cemerit, Vivin C, ecc).
- Eliminare o ridurre il fumo almeno una settimana prima dell'intervento.
- Organizzare, per il periodo post-operatorio, la presenza di un accompagnatore/trice.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

- Lavare i capelli, rimuovere gli orecchini e struccare accuratamente tutto il viso, con particolare attenzione alla rimozione del mascara dalle ciglia; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani, rimuovere altri gioielli.
- Non assumere cibi né bevande nelle 6 ore precedenti l'intervento.
- Assumere eventuali terapie orali come di consueto, con poca acqua.

DOPO L'INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

- Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile.
- Riposare alcune ore con impacchi ghiacciati sugli occhi e sulla fronte.
- Per almeno 10 giorni non portare lenti a contatto né forzare la vista. Tenere puliti gli occhi con soluzione borica al 3% o camomilla. È opportuno proteggere tutto il giorno la regione orbitaria con un paio di occhiali, meglio se affumicati ed ampi, che saranno molto utili anche per riprendere immediatamente i contatti sociali.
- I capelli possono essere lavati dal secondo giorno post-operatorio, evitando di bagnare la zona perioculare. Il giorno dopo la rimozione dei punti è possibile truccarsi. Eventuali trattamenti estetici della pelle del viso possono essere praticati solo con il consenso del chirurgo.
- E' opportuno dormire in posizione supina con la testa leggermente sollevata fino alla rimozione dei punti.
- Per almeno 1 mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA).

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

FINO ALLA SCADENZA DEL PRIMO ANNO POSTOPERATORIO

- tutte le visite di controllo sono gratuite
- nel caso in cui si rendessero opportuni interventi di ritocco non sarà richiesta alcuna parcella da parte dei chirurghi e anestesista. La paziente sarà tenuta al pagamento delle sole spese per i materiali di consumo ed eventuali diritti di sala operatoria.
- la responsabilità medica del chirurgo operatore decade in caso di qualunque intervento di altri professionisti.

CONSENSO INFORMATO A INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

Io sottoscritto/a,

DICHIARO

- Che l'intervento chirurgico mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo operatore e ritengo di averne compreso scopi e limiti.
- Di aver letto il presente protocollo di consenso informato e di aver ricevuto una risposta chiara e completa ad ogni mia domanda.
- Di aver avuto modo e tempo sufficiente per riflettere sulla mia scelta dopo aver letto il presente documento, che riassume le informazioni già avute verbalmente dal Dottor in occasione delle visite preoperatorie.
- questo modulo mi è stato consegnato il ed ho compreso tutte le informazioni in esso contenute.

- Il motivi per cui mi sono sottoposta a valutazione e le mie aspettative per l'intervento di blefaroplastica sono :

.....

.....

Confermo che mi è stato lasciato tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute, così da assumere una decisione consapevole, ed in particolare so che:

In particolare so che:

- All'intervento residueranno inevitabilmente delle cicatrici, anche se molto ridotte e facilmente occultabili, la cui qualità è indipendente dalla tecnica chirurgica ma legata alla reattività individuale.
- L'intervento non elimina né le borse zigomatiche, né le rughe periorbitarie (zampe di gallina), né consente di migliorare la discesa delle guance.
- Dopo l'intervento si manifestano edemi ed ecchimosi, destinati a scomparire in circa 10-20 giorni.
- Nei primi 10-20 giorni sono comuni anche lievi disturbi come fotofobia (la luce causa fastidio), lacrimazione, bruciore agli occhi ecc., che di solito si risolvono spontaneamente o seguendo le indicazioni del medico.
- Possibili complicazioni della blefaroplastica sono le deformazioni del bordo palpebrale inferiore legate alla retrazione cicatriziale post-operatoria, che possono risolversi spontaneamente, ma che talvolta necessitano di correzione chirurgica.
- Se sono state poste suture profonde, queste possono causare fastidio o gonfiore, che di solito si risolvono spontaneamente.
- Raramente si possono formare ematomi (raccolte di sangue all'interno dei tessuti) che devono essere evacuati. Ematomi profondi (eccezionali) che si raccogliessero dietro al bulbo oculare, potrebbero essere pericolosi per la funzione visiva.
- Le infezioni dopo questo tipo di intervento sono rarissime, e possono essere risolte con una terapia adeguata.
- Le possibili complicanze descritte sopra possono essere presenti anche con il raggiungimento del risultato atteso, con intervento eseguito a regola d'arte.

AUTORIZZO il Dott.....

ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di **Blefaroplastica** con le modalità di esecuzione dell'intervento illustrate personalmente, verbalmente ed in questo documento, così riassumibili:

.....

.....

So che le cicatrici saranno: nel solco palpebrale superiore estese sino al bordo orbitale
 lungo le ciglia palpebrali inferiori sino al bordo orbitale

So che dovrò essere sottoposto/a ad anestesia.....

So che l'intervento verrà eseguito in regime

Sono a conoscenza che posso revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

AUTORIZZO

Il dott. e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Mi impegno a 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 può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi o infezioni, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche.

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare con assoluta garanzia di privacy e anonimato, solo in contesto scientifico e didattico, oltre che per informazione clinica giudiziaria.

In particolare, accetto che le mie fotografie vengano pubblicate sul sito internet www.marioprandi.it in forma anonima e non riconoscibile, a scopo divulgativo circa le indicazioni e i risultati della chirurgia plastica.

.....
firma del paziente

.....
firma del chirurgo

Data.....