

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI

## *Lipofilling-Lipostruttura*

**I**l seguente prospetto informativo, redatto e firmato in duplice copia, è stato consegnato alla Sig.ra/al Sig. ....  
in data .....

dal Dott. ....  
che ne ha ampiamente spiegato i contenuti.

Il seguente documento è condiviso dai Chirurghi Plastici della Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica (SICPRE) e del Gruppo Triveneto-Emiliano Romagnolo di Chirurgia Plastica (GTVÉR), al fine di completare le informazioni che si riferiscono all'intervento di *lipofilling-lipostruttura*, che ha ricevuto nel corso della visita specialistica effettuata

dal Dott. .... in data .....

Ha lo scopo di dare tutte le informazioni utili a prendere una decisione consapevole.

Si raccomanda di leggerlo con attenzione e di porre, prima dell'intervento, tutte le domande che si ritengono opportune per una completa comprensione.

Firma della/del Paziente

.....

Firma del Medico che spiega e consegna

.....

li .....

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO  
PER L'INTERVENTO DI  
LIPOFILLING-LIPOSTRUTTURA**

Io sottoscritta/o ..... richiedo di essere sottoposta/o ad intervento di ..... per .....

Dichiaro di essere stata/o visitata/o dal Dott. .... in data ..... Sono stata/o informata/o personalmente dal Dott. ...., ossia il sanitario che procederà all'intervento, con veste sostanziale di capo-équipe, in data ....., nei locali della struttura sanitaria .....

- sul tipo di intervento, che mi è stato descritto verbalmente ed in forma scritta con uno specifico opuscolo “prospetto informativo” consegnatomi in data ....., e che consiste in .....
- sugli obiettivi e sulle potenzialità concrete dell'intervento. In particolare.....;
- sui limiti dell'intervento stesso, che potrebbe, sia pure in via di eccezione, non determinare il conseguimento del risultato auspicato in premessa (come specificato nel prospetto informativo consegnatomi);
- sulle modalità di esecuzione dell'intervento già spiegate nell'opuscolo informativo;
- sul fatto che l'intervento sarà eseguito in regime ..... e richiederà un'anestesia .....
- sulle possibili complicanze (come da prospetto informativo consegnatomi), che peraltro saranno oggetto di tempestivo ed adeguato trattamento, secondo le buone regole di clinica chirurgica e su cui, parimenti, esprimo consenso;
- sui rischi probabili e prevedibili (reinterventi secondari in particolare, ma non solo, per revisione delle cicatrici e per .....).
- Nell'eventuale necessità di procedere ad una revisione chirurgica (per chiarezza indicata anche come “ritocchi” o “reinterventi secondari”) per imprevedibili ed incalcolabili esiti dovuti ad incontrollabili naturali processi di cicatrizzazione e di assestamento delle aree operate, l'impegno finanziario di tali procedure è a carico della/del Paziente che concorderà le intrinseche modalità prima dell'operazione stessa (se eseguita privatamente);

- sul rischio, in particolare che l'intervento programmato può comportare (come spiegato nel prospetto informativo consegnatomi);
- sulle sequele temporanee: ossia ecchimosi, edemi e gonfiore, dolori, anestesie o ipoestesie e su quelle permanenti: cicatrici normali e patologiche.

Acconto ad ulteriori procedure che, anche in alternativa a quelle già oggetto di consenso sopra descritto, si dovessero profilare - nel corso dell'esecuzione dell'intervento, ed esclusivamente in relazione a fattori sopravvenuti - indispensabili per la migliore riuscita dell'intervento nel senso in premessa indicato, e ciò con riguardo sia alle tecniche chirurgiche che alle pratiche anestesologiche.

Accetto, nell'ottica di una migliore risposta sanitaria, di eseguire le terapie mediche e fisiche, che mi verranno suggerite, le medicazioni prescritte e di attenermi ai comportamenti ed alle indicazioni fissate durante il decorso post-operatorio.

Confermo, inoltre, di essere stata/o informata/o sulle conseguenze fisiche, mentali ed occupazionali che potranno o potrebbero presentarsi nel periodo post-operatorio (come descritto nel prospetto informativo consegnatomi).

Dichiaro di essere stata/o informata/o sulle metodiche alternative a quelle propostemi per il trattamento del mio problema (come da prospetto informativo consegnatomi).

Sono consapevole che in caso di complicazioni o effetti collaterali o risultati poco soddisfacenti conseguenti all'intervento dovrò informarne con sollecitudine il Chirurgo che metterà in atto un tempestivo e adeguato trattamento secondo le buone regole della Medicina. Qualora non informassi il Chirurgo sono consapevole che egli si riterrà sollevato da ogni responsabilità sull'evoluzione del mio caso e non si riterrà responsabile di correzioni o consigli forniti da altri Colleghi.

Sono consapevole del fatto che ulteriori interventi secondari correttivi potrebbero essere necessari od opportuni. Acconto ad essere fotografata/o prima, durante e dopo l'intervento a scopo di documentazione clinica, edotto che il Chirurgo si impegna ad utilizzare le immagini solo in ambito scientifico e per informazione clinica o giudiziaria con assoluta garanzia di anonimato.

Evidenzio che ho posto le seguenti domande a chiarimento: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

e che ogni mio quesito ha ricevuto una risposta chiara e completa.

Del pari confermo che mi è stato lasciato tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute, così da assumere una decisione consapevole.

La/Il Paziente

Il Medico

.....

li .....