

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DI :

Fili di Sospensione

Io sottoscritta/o _____
richiedo di essere sottoposta/o ad intervento/trattamento di _____
per _____

Dichiaro di essere stata/o visitata/o dal Dott Tommaso Battistella in data _____. Sono stata/o informata/o personalmente dal Dott. Tommaso Battistella, ossia il sanitario che procederà all'intervento/trattamento, 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/trattamento stesso, che potrebbe, sia pure in via d'eccezione, non determinare il conseguimento del risultato auspicato in premessa (come specificato nel prospetto informativo consegnatomi);
- 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 (re-interventi secondari in particolare, ma non solo, per revisione cicatrici e per _____
_____ .
- Nell'eventuale necessità di procedere ad una revisione chirurgica (per chiarezza indicata anche come "ritocchi" o "re-interventi secondari") per imprevedibili ed incalcolabili esiti dovuti ad incontrollabili naturali 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, gonfiori, dolori, anestesie o ipoestesie e sequele permanenti: cicatrici normali e patologiche

Acconsento 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 anestesiolgiche.

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. Acconsento 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 _____

