

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE**  
**E CONSENSO ALL' INTERVENTO DI**  
**BLEFAROPLASTICA SUPERIORE IN ANESTESIA LOCALE**

Il/La sottoscritto / a ..... nato/a il        /        /  
e residente a..... in via..... tel.....

**AUTORIZZA** il dott. Nicola Pittoni ed i suoi collaboratori ad eseguire l'intervento chirurgico ambulatoriale di blefaroplastica superiore in anestesia locale. La procedura operatoria per l'esecuzione dell'intervento mi è stata personalmente spiegata dal dott. Nicola Pittoni, ed ho pienamente compreso la natura e le conseguenze del procedimento.

Particolarmente tra gli altri sono stati messi in evidenza i seguenti punti:

1. la blefaroplastica è l'intervento chirurgico che rimuove l'eccesso di cute e/o di grasso presente sulle palpebre.
2. l'anestesia locale consiste nell'iniezione di un farmaco nella regione da sottoporre all'intervento. Come ogni farmaco, anche l'anestetico può dar luogo - in soggetti predisposti - a fenomeni di tipo allergico, per cui al paziente viene sempre richiesta la possibile sensibilizzazione a qualche sostanza.
3. all'incisione segue sempre una cicatrice che nel tempo tende a migliorare. Ogni intervento necessita di un periodo di assestamento variabile da persona a persona.
4. tra i rischi consueti si annoverano: ecchimosi, cicatrici, gonfiore delle palpebre, sanguinamento e leggera trazione delle palpebre. Vengono poi descritti nei testi di chirurgia altri rarissimi rischi, quali l'infezione e il sanguinamento importante. Quest'ultimo se non trattato potrebbe portare ad un ematoma retro-bulbare e conseguente compromissione della vista.
5. dopo l'intervento chirurgico sarà necessario sottoporsi a medicazioni e controlli il cui numero sarà determinato dal medico. La mancata presenza a tali controlli può in parte pregiudicare il buon esito dell'intervento.
6. per almeno 15 giorni dopo l'intervento va evitata l'esposizione ai raggi solari, eventualmente con l'uso di occhiali da sole e filtri solari a schermo totale. Per 2 settimane non vanno inoltre usate lenti a contatto.

Sono a conoscenza che la pratica medico-chirurgica non è una scienza di cui possano essere garantiti i risultati, in quanto influenzati da svariati fattori. Dichiaro che **non mi è stata fornita alcuna garanzia** sui risultati dell'intervento o del procedimento.

**Acconsento** ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il Chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

Sono a conoscenza che durante l'intervento situazioni particolari possano necessitare di procedure differenti e/o aggiuntive rispetto a quelle programmate. Autorizzo pertanto e richiedo che il chirurgo che effettua l'intervento esegua tutto ciò che secondo il suo discernimento ritenga necessario o vantaggioso.

Se deciderò di rivolgermi ad altro chirurgo, rinuncio a qualsiasi rivalsa sul chirurgo che mi ha operato. Il medico che ha effettuato l'intervento si impegna a seguire e ad attuare tutte le procedure medico-chirurgiche atte a risolvere o migliorare eventuali complicanze post-operatorie conseguenti all'intervento di blefaroplastica praticato.

Non mi risulta di essere allergico/a a nessun farmaco eccetto:

.....

**HO LETTO IL CONSENSO SOPRACCITATO E HO CAPITO TUTTI I PUNTI DESCRITTI .  
COSCENTEMENTE AUTORIZZO E RICHIEDO AL MEDICO DI PRATICARMI L'  
INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA SUPERIORE.**

, li

In fede

Il / la paziente

.....

Il testimone

.....

Ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 informiamo che i dati personali saranno utilizzati dallo Studio Associato Dott.ri Paolo e Nicola Pittoni al solo scopo di conservazione cartella clinica e fatturazione. I dati forniti verranno trattati in modo da garantire la massima sicurezza e riservatezza. Nel rispetto dell'art.7 del citato D.Lgs 196/03, il Paziente potrà esercitare il diritto di essere informato circa l'esistenza dei Suoi dati personali e potrà chiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento o la rettifica. Ai sensi dell'art. 23 D. Lsg 196/03 il Paziente autorizza il trattamento dei propri dati sensibili per le finalità sopra esposte.

Firma Paziente .....