

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE
E CONSENSO ALL' INTERVENTO DI
DERMOABRASIONE IN ANESTESIA LOCALE

Il/La sottoscritto / a nato/a il / /19
e residente ain via tel.....

AUTORIZZA il dott. Nicola Pittoni ed i suoi collaboratori ad eseguire l' intervento ambulatoriale di DERMOABRASIONE in anestesia locale.

La dermoabrasione è un trattamento chirurgico che, mediante la rimozione dell' epidermide e delle papille dermiche, favorisce il livellamento delle irregolarità della superficie cutanea.

La procedura operatoria per l' esecuzione dell' intervento nonché le possibili tecniche alternative e/o complementari mi sono state personalmente spiegate 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. 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/allergia a qualche sostanza.
2. quando la dermoabrasione viene usata come intervento combinato per la rimozione di tatuaggi, la riuscita dell' intervento dipende dalla profondità in cui è stato depositato il pigmento e dal tipo individuale di cicatrizzazione, che può differire – anche nello stesso soggetto – nelle diverse aree corporee. Tali parametri non sono prevedibili in anticipo. Quando invece viene impiegata per la revisione di cicatrici, lo scopo della dermoabrasione è quello di livellare le stesse in modo da renderle meno grosse e quindi meno visibili.
3. dopo la dermoabrasione segue una fase di riepitelizzazione e cicatrizzazione che si completa in un tempo variabile tra i 10 e i 20 giorni. Quando eseguita su aree diverse dal viso, la formazione di un' escara (crosta) richiede un ulteriore periodo di guarigione. Potrebbe avvenire che a causa di particolare reattività individuale la cicatrizzazione aumenti di consistenza e di spessore (cheloide); taluni risultati cicatriziali potrebbero richiedere un breve intervento di revisione della stessa al fine di ottenere un miglioramento. Ogni intervento necessita di un periodo di assestamento che può variare da persona a persona.
4. può accadere che dopo l' intervento la zona trattata possa risultare più o meno sensibile che in precedenza: normalmente ciò avviene per un periodo limitato di tempo;
5. tra le possibili rare complicanze vi sono: eritema persistente, infezione locale, insorgenza di

herpes simplex, grani di miglio, cicatrici ipertrofiche o cheloidi, ipo/iper pigmentazione, teleangectasie e ipersensibilità cutanea persistente;

6. dopo la dermoabrasione sarà necessario sottoporsi a medicazioni e controlli il cui numero sarà determinato dal medico. Sarà inoltre necessario attenersi scrupolosamente alle istruzioni del medico circa le medicazioni e le precauzioni a domicilio, che in questo tipo di intervento risultano decisive per la buona riuscita della dermoabrasione.

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 di dermoabrasione.

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, rinuncia 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 chirurgico 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 LA
DERMOABRASIONE.**

Udine, li

In fede

.....
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