

Dott. Nicola e Paolo Pittoni
Medici Chirurghi
Specialisti in Dermatologia e Venereologia
piazza Garibaldi 4 - Udine
tel. 0432 . 505760

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

Il/La sottoscritto / a nato/a il / /19
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.

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

.....