

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

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

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

AUTORIZZA il dott. Nicola Pittoni ed i suoi collaboratori ad eseguire l'intervento chirurgico ambulatoriale di otoplastica 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. l'otoplastica è l'intervento chirurgico che corregge la posizione ed eventualmente la forma di una o di entrambe le orecchie.
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 farmaco o 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: cicatrici ipertrofiche, gonfiore, dolore, sanguinamento e senso di tensione.
5. per la buona riuscita dell'intervento, sarà necessario indossare un'apposita fasciatura per i tempi e nei modi che il chirurgo suggerirà.
6. dopo l'intervento chirurgico sarà necessario sottoporsi a medicazioni e controlli il cui numero sarà determinato dal medico, e che sono indispensabili per un buon decorso post operatorio e l'ottimizzazione dei risultati.

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 otoplastica 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 OTOPLASTICA .

Udine, li

In fede

Il / la paziente

.....

Il testimone

.....