



**Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa**

**Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni**

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

## CONSENSO INFORMATO ALLA BLEFAROPLASTICA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il ...../ ..... / .....  
Residente \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) recapito \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Affetto/a da :

- PTOSI CUTANEA DELLE PALPEBRE SUPERIORI
- ERNIE ADIPOSE PALPEBRE SUPERIORI
- ERNIE ADIPOSE PALPEBRE INFERIORI ( BORSE )
- OCCHIAIE
- ENTRIPION

Sarà sottoposto/a dal DR G. ORSINI e dalla sua equipe ad intervento chirurgico di BLEFAROPLASTICA :

- A. SUPERIORE
- B. INFERIORE
- C. SUPERIORE ED INFERIORE

La scelta è stata concordata dopo attenta disamina delle condizioni preoperatorie e dell'obiettivo postoperatorio.

In aggiunta ai colloqui preoperatori viene qui di seguito schematizzata la procedura chirurgica ed elencate le principali complicanze. L'

intervento sarà eseguito in :

- NARCOSI
- ANESTESIA LOCALE

L' intervento di blefaroplastica superiore comprenderà :

- Infiltrazione di anestetico con vasocostrittore
- Incisione cutanea
- Escissione della cute eccedente
- Emostasi
- Eventuale resezione di una striscia muscolare
- Escissione delle ernie adipose e cauterizzazione
- Eventuale sospensione del tarso
- Eventuale plicatura del muscolo elevatore
- \_\_\_\_\_
- Suture
- Medicazione ed applicazione di impacchi di ghiaccio.

L' intervento di Blefaroplastica inferiore comprenderà :

- Infiltrazione di anestetico con vasocostrittore
- Incisione cutanea / Accesso transcongiuntivale
- Emostasi
- Scollamento o creazione di lembo muscolo-cutaneo
- Apertura del septum orbitae
- Escissione delle ernie adipose e cauterizzazione
- Eventuale revisione dell' eccesso muscolare e/o cutaneo
- Eventuale cantopessi
- Suture
- Medicazione ed applicazione di impacchi di ghiaccio



## **Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa**

**Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni**

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

Il/La paziente è stato/a edotto/a delle avvertenze e precauzioni da usarsi nei giorni successivi all' intervento ( attività e movimenti consentiti e non ) per minimizzare le complicanze.

Le principali complicanze di questo tipo di intervento sono rappresentate da :

- CHEMOSI CONGIUNTIVALE
- EMATOMI
- NECROSI CUTANEA
- INFEZIONI
- ASIMMETRIE
- CICATRIZZAZIONE PATOLOGICA
- DISFUNZIONI DEL SISTEMA LACRIMALE
- ECTROPION
- ALOPECIA DELLE CIGLIA
- RECIDIVA IMMEDIATA DA INSUFF. RIMOZIONE CUTANEA O ADIPOSA

Ognuna delle citate complicanze è stata esaurientemente descritta al/alla paziente ed alcune possono richiedere un' ulteriore correzione chirurgica.

### **Il/La paziente DICHIARA :**

- **Di aver letto attentamente il presente documento**
- **Di aver ricevuto tutte le spiegazioni utili per un' adeguata comprensione**
- **Di autorizzare il medico procedente ad effettuare il trattamento chirurgico sopra descritto**
- **Di autorizzare eventuali variazioni al programma chirurgico concordato che si rendessero necessarie nel corso dell' intervento per salvaguardare la sua salute ed il risultato finale. Di seguire le istruzioni del chirurgo ed il follow-up da lui raccomandato fino ad almeno sei mesi dall' esecuzione del protocollo terapeutico e di essere a conoscenza che l' interruzione del monitoraggio clinico lo esenterà da responsabilità riguardo possibili eventi indesiderati nel post-trattamento**
- **Di autorizzare l' uso di materiale fotografico ad esclusivo uso scientifico e congressuale**

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Firma del/della paziente \_\_\_\_\_