



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 LIPOSUZIONE

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____

Residente in _____ prov. (____) recapito ____ / ____

Affetto/a da:

- **ADIPOSITA' LOCALIZZATA**
- **LIPODISTROFIA DIFFUSA**

Sarà sottoposto/a dal Dr.G.Orsini ad intervento chirurgico di: RIMODELLAMENTO CORPOREO (LIPOASPIRAZIONE - LIPOSCULTURA).

L' intervento di rimodellamento sarà eseguito mediante:

- *CROSS LINKS (TUNNELS SOTTOCUTANEI INCROCIATI)*
- *ULTRASONICA*
- *TRIDIMENSIONALE*
- *CON MANIPOLATORI A MICROPERCUSSIONE*
- *ASSOCIATA A LIPOFILLING.*

Le aree sottoposte a liposuzione saranno:

- *ADDOME*
- *FIANCHI*
- *INTERNO COSCE*
- *ESTERNO COSCE*
- *INTERNO GINOCCHIA*
- *CAVIGLIE*
- *GLUTEI*
- *TORACE*
- *BRACCIA*
- *COLLO*
- _____

La scelta è stata concordata con il/la paziente in base alle condizioni generali di salute, all'esame obiettivo locale ed al risultato clinico atteso. Il/La paziente è stato/a edotto/a delle avvertenze e precauzioni da usarsi nei giorni successivi all'intervento (attività e/o movimenti consentiti e non) per minimizzare le complicanze. In aggiunta ai colloqui preoperatori viene di seguito schematizzata la tempistica della procedura chirurgica.

L'intervento sarà eseguito in

1. *ANESTESIA GENERALE*
2. *ANESTESIA LOCALE*
3. *NARCOSI*

L' intervento prevede :

- *Infiltrazione di soluzione fisiologica con anestetico e/o vasocostrittore*
- *Incisioni cutanee singola o multiple*
- *Aspirazione mediante cannule smusse*
- *Suture e/o steri-strips*
- *Applicazione di bendaggi compressivi, calze elastiche o guaina modellante*
- *Le calze e la guaina saranno mantenute per alcune settimane in base alle singole esigenze*

Le principali complicanze correlate sono:



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

- SIEROMI ED EMATOMI
- EDEMI
- INFEZIONI
- SHOCK IPOVOLEMICO ED ANEMIA
- EMBOLIA, ADIPOSITA
- TROMBOFLEBITE DELLA VENA SAFENA
-
- ASIMMETRIE
- IPOESTESIA
- CICATRICI IPERTROFICHE
- PIGMENTAZIONE CUTANEA

Ognuna delle citate complicanze è stata esaurientemente descritta accuratamente.

Il/La paziente DICHIARA :

- **Di avere letto attentamente il presente documento**
- **Di avere ricevuto tutte le spiegazioni utili per una adeguata comprensione**
- **Di autorizzare il medico ad effettuare il trattamento chirurgico descritto**
- **Di autorizzare eventuali variazioni al programma chirurgico concordato che si rendessero necessarie nel corso dell' intervento per salvaguardare la salute ed il risultato finale**
- **Di seguire le istruzioni del chirurgo ed il follow-up 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 specifiche responsabilità per eventi indesiderati nel periodo postoperatorio**
- **Di autorizzare l'uso di materiale fotografico ad esclusivo uso scientifico e congressuale**

Data _____

Firma del medico _____

Firma del/della paziente _____