



**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 MASTOPLASTICA RIDUTTIVA

La paziente \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il ...../...../.....

Residente \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ )

recapito \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Affetta da :

- GIGANTOMASTIA BILATERALE**
- \_\_\_\_\_

Sarà sottoposta dal dr. Gino Orsini e dalla sua equipe ad intervento chirurgico di  
**MASTOPLASTICA RIDUTTIVA**

L' intervento sarà eseguito mediante:

- Tecnica con lembo bipeduncolato verticale
- Tecnica con lembo bipeduncolato orizzontale
- Tecnica a peduncolo superiore
- Tecnica a peduncolo inferiore
- Tecnica a peduncolo posteriore
- Tecnica con innesto libero del CAC (complesso areola capezzolo)

Ognuna delle citate metodiche è stata esaurientemente illustrata alla paziente.

La scelta è stata concordata dopo attenta disamina delle condizioni preoperatorie e dell' obiettivo postoperatorio, in termini di sensibilità e vascolarizzazione del CAC e di proiezione della ghiandola residua.

La paziente è stata edotta che nel caso di tecnica con innesto libero del CAC: il CAC perderà ogni funzione oltre che la capacità erettile.

In aggiunta ai colloqui preoperatori viene, di seguito, schematizzata la procedura chirurgica e le principali complicanze.

L' intervento sarà eseguito in anestesia generale e prevede :

- Allestimento del lembo
- Isolamento del CAC
- Rimozione degli eccessi di cute e parenchima
- Simmetrizzazione dei volumi
- Modellamento e chiusura della mammella residua
- Riposizionamento del CAC
- Suture e medicazioni
- Drenaggi per aspirazione per uno o più giorni successivi all' intervento e profilassi antibiotica
- La rimozione dei punti avverrà dopo circa 7gg.



## 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

La lunghezza e la posizione delle cicatrici è correlata con la quantità di tessuto rimosso e la configurazione finale delle cicatrici è legato alla tecnica chirurgica scelta ovvero:

- Cicatrice periareolare associata ad una cicatrice a T rovesciata al solco sottomammario
- Cicatrice periareolare associata alla sola cicatrice verticale
- \_\_\_\_\_

La paziente è stata edotta delle avvertenze e precauzioni da usarsi nei giorni successivi all'intervento (attività e/o movimenti consentiti e non) per evitare lo spostamento delle protesi nei giorni successivi all'intervento e minimizzare le complicanze.

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

- Sieromi ed ematomi
- Sofferenza cutanea, necrosi cutanea (morte del tessuto)
- Necrosi del CAC
- Cicatrici patologiche
- Diastasi di alcune ferite
- Alterazione temporanea della sensibilità
- Asimmetria del volume
- Asimmetria di posizione del CAC
- Deficit permanente dell'erezione del capezzolo
- Impossibilità all'allattamento per interruzione del continuum dei dotti galattofori.

Ognuna delle citate complicanze è stata esaurientemente descritta alla paziente ed alcune possono richiedere una ulteriore correzione chirurgica.

### 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 della paziente* \_\_\_\_\_