



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Partita Iva / Codice Fiscale: 09037401008

Via V. Veneto, 29 67051 Avezzano (Aq)

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

Reparto di Chirurgia Generale Responsabile dell'U.O. Dott. Pasquale Simone

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il __/__/__
Residente in _____ prov (__), tel. _____/_____

Affetta da : ASCESSO MAMMARIO

Sarà sottoposta dal Dott. Simone e dalla sua equipe ad intervento chirurgico di

DRENAGGIO E TOILETTE CHIRURGICA DELLA CAVITA' ASCESSUALE

Intervento Chirurgico:

L'intervento chirurgico sarà condotto in anestesia generale o locale e prevede i seguenti tempi chirurgici:

- Primo tempo chirurgico: Toilette dei tessuti
- Secondo tempo chirurgico: Ricostruzione.

La toilette chirurgica prevede la rimozione dei tessuti necrotici o comunque danneggiati dal processo infettivo e l'asportazione del tessuto cicatriziale.

N.B.: la toilette potrebbe comportare l'asportazione completa o parziale del Complesso Areola Capezzolo (CAC) e di tessuto ghiandolare.

Il secondo tempo chirurgico prevede il ripristino del continuum tissutale mediante:

- Chiusura per prima intensione
- Allestimento di lembi locali
- Innesti cutanei
- Guarigione per seconda intensione

N.B.: La forma e la dimensione delle cicatrici saranno secondarie alla tecnica chirurgica adoperata.

Durante l'ultime fasi dell'intervento si potrebbe rendere necessario posizionare un drenaggio trascutaneo che andrà rimosso nei giorni successivi all'intervento.

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 e/o 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 e forma della mammella
- Asimmetria di posizione del CAC
- Necrosi parziale o completa del lembo

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 precedente 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 _____