



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 _____ nato a _____

il..... //.....Residente _____ prov. (_____)

Affetto da :

- **TUMEFUZIONE regione** _____

Sarà sottoposta dai chirurghi della Casa di Cura ad intervento chirurgico di

EXERESI

In aggiunta ai colloqui preoperatori viene qui di seguito schematizzata la procedura chirurgica.

L' intervento sarà eseguito in :

- NARCOSI
- ANESTESIA LOCALE
- ANESTESIA GENERALE

Sono previsti i seguenti tempi operatorio:

- 1) Escissione della neoformazione e l'invio del pezzo operatorio per l'esame istologico
- 2) Ricostruzione che sarà eseguita mediante
 - Sutura diretta
 - CHIUSURA PER SECONDA INTENZIONE

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

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

- Sieromi ed ematomi
- Necrosi cutanea (Sofferenza = Escara)
- Infezioni
- Cicatrici patologiche
- Deiscenza della ferita 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**

Data//

Firma del medico _____

Firma del paziente _____