



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 :

- **Neoformazione/tumefazione regione** _____

Sarà sottoposta dal Dott./Prof. _____ e dalla sua equipe ad intervento chirurgico di

EXERESI + RICOSTRUZIONE +ESAME ISTOLOGICO

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
 - lembo di avanzamento _____
 - lembo di rotazione _____
 - lembo di trasposizione
 - innesto autologo

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
- Difetti cutanei (Dog' s Burrow) ai margini della ferita
- Alterazione temporanea della sensibilità cutanea
- Recidive della neoplasia o la sua incompleta asportazione, in tal caso sarà necessario un secondo intervento di radicalizzazione.
- 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**
- **Di autorizzare l' uso di materiale fotografico ad esclusivo uso scientifico e congressuale**

Data//

Firma del medico _____

Firma del paziente _____