

**CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
SOSTITUZIONE PROTESI MAMMARIA CON CONTRATTURA
CAPSULARE**

Dr RAFFAELE RAUSO
Medico Chirurgo

chirurgiadellabrezza

Consegnato il.....

Paziente.....Firma per ricezione.....

Si raccomanda il paziente di leggere scrupolosamente e con calma quanto segue, e assolutamente di non firmare in caso di incomprensione totale o parziale.

La contrattura capsulare di una protesi mammaria precedentemente impiantata è una complicanza che può sopraggiungere indipendentemente dalle attenzioni tecniche adottate dal chirurgo, tra le quali:

- inserimento di protesi in una loggia sotto-muscolare parziale (dual plane)
- utilizzo di drenaggi post operatori
- lavaggio intra operatorio della tasca mammaria con soluzione antibiotica
- etc

La presente documenta il suo assenso ad intervenire chirurgicamente e correggere la complicanza sopraggiunta. Parte integrante della presente è il consenso informato già firmato per il primo intervento di inserimento di protesi mammarie; di fatto le problematiche e/o complicanze descritte nel caso di una mastoplastica additiva sono assolutamente sovrapponibili a quelle dell'intervento di rimozione protesi mammaria contratta, con annessa capsula, e posizionamento di un nuovo impianto mammario. Tuttavia questo intervento non può garantire che, nel tempo, lo stesso

problema di contrattura capsulare possa verificarsi nuovamente; solo in tal caso (ovvero se dovesse verificarsi nuovamente una contrattura capsulare) si consiglia l'utilizzo di protesi mammarie ricoperte in poliuretano.; sebbene neanche questa scelta terapeutica possa azzerare il rischio di contrattura capsulare.

La sottoscritta.....

Autorizza il Dr Rauso

ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di **rimozione protesi contratta con annessa capsula e riposizionamento di nuovo impianto mammario** monolateralmente/
bilateralmente

So che dovrò nessere sottoposto/a ad anestesia

Ancora **Autorizza** il Dr Rauso

ed i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, infezione della ferita, etc, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche.

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il Dr Rauso si impegna ad usare solo in contesto scientifico-didattico con assoluta garanzia di anonimato.

.....
Firma del paziente

.....
Firma del chirurgo

Data e luogo.....