

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Il / La sottoscritto/a _____

Richiede di essere sottoposto/a ad **intervento** di

Acconsento inoltre ad ulteriori o alternative procedure chirurgiche che potranno essere considerate necessarie durante l'esecuzione del su citato intervento ed alla somministrazione di anestesia generale , locale , o altre forme di anestesia ai fini dell'operazione. Accetto di seguire le terapie mediche e fisiche prescritte ed i comportamenti indicati per il decorso operatorio.

Esistono rischi specifici per un intervento in particolare, ed altri generici, connessi con tutti gli altri interventi chirurgici, come ematomi, infezioni, cicatrizzazioni anomale, ritardi di guarigione e alterazioni della sensibilità. Tutti gli interventi prevedono la presenza di cicatrici. Nonostante le incisioni vengano suture in modo da avere le cicatrici più incospicue possibile, si possono produrre cicatrici evidenti ed inestetiche per tendenza individuale.

Mi rendo conto che, nonostante si prevedano buoni risultati, questi non possono essere garantiti, né vi può essere garanzia contro eventuali complicazioni e risultati sfavorevoli. Il chirurgo si impegna ad operare in modo corretto, sia dal punto di vista tecnico che scientifico, secondo perizia, prudenza, diligenza al fine di conseguire un miglioramento oggettivo. In proposito, sono stato informato che il chirurgo non può garantirmi né promettermi di raggiungere un particolare risultato, in quanto non è possibile prevedere anticipatamente con esattezza il grado di miglioramento che si potrà ottenere con l'intervento.

Per ottenere il risultato migliore possibile, possono rendersi necessari re-interventi per ritocchi chirurgici. Se questo dovesse succedere, le spese saranno a carico del paziente.

Accordo il mio permesso a prendere fotografie prima e dopo l'intervento, intendendo autorizzata la Dott.ssa Giulia Boscaini e gli eventuali collaboratori da lei incaricati ad utilizzarle, per uso scientifico o didattico. Rimane sottointeso che il mio nome non verrà in ogni caso reso noto.

Luogo e Data _____

Paziente Firma _____

Confermo di aver spiegato al paziente/genitore/tutore le possibilità ed i limiti di questa operazione.

Luogo e Data _____

Medico Firma _____