

**CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
LIPOSUZIONE
(Correzione del profilo corporeo)**

Nome e Cognome

NOTE INFORMATIVE

Informazioni generali

La liposuzione è un intervento chirurgico che consente di rimuovere, senza causare apprezzabili cicatrici cutanee, gli eccessi di tessuto adiposo localizzati in alcune aree del corpo.

I maggiori benefici si ottengono quando l'adipe da eliminare è situato in regione trocanterica (parte alta delle cosce), in regione addominale (quando è costituito da un modesto accumulo nella parte sottombelicale), fianchi, alla faccia interna del ginocchio, in regione sottomentoniera.

L'attività fisica dovrà subire delle limitazioni per almeno 1 settimana. Se il lavoro del paziente fosse tale da richiedere sollevamenti, spinte, etc., sarà necessario un periodo di convalescenza più lungo.

L'intervento

La liposuzione viene effettuata in sala operatoria e può essere eseguita in anestesia locale, spinale/epidurale o, in alcuni casi, generale.

Quando viene eseguita in spinale o epidurale, la paziente mantiene lo stato di coscienza risultando insensibili le regioni del bacino e degli arti inferiori. L'intervento consiste nella rimozione del tessuto adiposo in eccesso; questo si ottiene mediante l'azione di una cannula collegata ad un apparecchio aspirante. La cannula viene introdotta nel grasso situato sotto la pelle attraverso una piccola incisione praticata in prossimità dell'area da correggere, quindi viene spinta attraverso il grasso fino a raggiungere la zona interessata. Qui, con opportuni movimenti della stessa cannula, il grasso in eccesso viene frantumato e contemporaneamente aspirato. Il traumatismo dei tessuti, seppur gentile, è la ragione delle ecchimosi (lividi) che possono verificarsi dopo l'intervento.

Preparazione pre-operatoria

Si consiglia di non assumere aspirina o medicinali che la contengono per due settimane prima dell'intervento e due settimane dopo. L'aspirina può causare sanguinamento e quindi aumentare il rischio di complicanze. Alle pazienti in trattamento con contraccettivi orali si consiglia di interrompere l'assunzione di tali farmaci un mese prima dell'intervento.

Trattamento post-operatorio

Il paziente potrà alzarsi il giorno stesso dell'intervento e, salvo complicanze, essere dimesso.

Dopo l'intervento

Dopo l'intervento verrà valutata la necessità di eseguire massaggi sull'area operata e trattamenti di carbossiterapia al fine di eliminare edemi, ecchimosi delle aree trattate. Dopo una settimana effettuerà la visita di controllo e non sarà necessario rimuovere i punti di sutura poiché vengono utilizzati fili riassorbibili. Dopo 5-7 giorni potrà bagnare la zona trattata ed effettuare bagno o doccia. Dovrà inoltre indossare in maniera continuativa una guaina compressiva per circa un mese.

Possibili complicanze

Le complicanze legate all'intervento sono rare e rappresentate da: infezione, ematoma, eventuali asimmetrie e irregolarità del profilo cutaneo. Queste complicanze, come già detto, sono rare e comunque sono affrontabili senza eccessive difficoltà nella grande maggioranza dei casi.

Tra le altre possibili complicanze vi è la **compromissione temporanea della circolazione linfatica** nella zona operata con conseguente gonfiore. Questa situazione si risolve spontaneamente o con terapia Tecar e massaggi nel giro di 1 mese circa.

Un'ulteriore complicanza possibile è la presenza, a guarigione avvenuta, di infossamenti del profilo cutaneo nelle zone operate per eccessiva retrazione cicatriziale. Le eventuali irregolarità o asimmetrie possono essere facilmente trattabili 6 mesi dopo l'intervento in anestesia locale a livello ambulatoriale.

Ritorno al sociale

La paziente potrà riprendere **l'attività fisica** 5-6 giorni dopo l'intervento, tenendo presente che per circa 10 giorni avrà dolore alla pressione sulle aree operate.

Potranno essere riprese **le attività sportive** dopo 3-4 settimane a seconda della intensità dello sforzo. La **guida** dell'automobile è consentita dopo 4-7 giorni. **L'attività sessuale** dopo 1 settimana.

CONSENSO INFORMATO

Dopo aver letto e capito le suddette informazioni, autorizzo la Dott.ssa Giulia Boscaini ad eseguire l'intervento di **LIPOSUZIONE** sulla mia persona.

Lo autorizzo, inoltre, ad eseguire altre procedure che possano, a suo giudizio, rendersi necessarie per la riuscita dell'intervento o per la mia salute durante l'intervento stesso e durante il trattamento post-operatorio.

I rischi dell'intervento e la possibilità dell'insorgenza di complicazioni mi sono stati spiegati in modo esauriente.

Esistono rischi specifici per un intervento in particolare, ed altri generici, connessi con tutti gli altri interventi chirurgici, come ematomi, infezioni, cicatrizzazione anormale, ritardi di guarigione e alterazioni della sensibilità. Tutti gli interventi prevedono la presenza di cicatrici. Nonostante che le incisioni vengano suturate in modo da avere le cicatrici più incospicue possibile, si possono produrre cicatrici evidenti e antiestetiche 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 accadere, le spese di sala operatoria saranno a carico del paziente.

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

Luogo e data.....

Firma della Paziente

Firma del Medico

.....

.....