

## CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO DI LIPOASPIRAZIONE

Il/La sottoscritto/a .....  
 nato/a ..... il .....  
 dichiara di essere stato/a informato/a in maniera chiara, completa e soddisfacente dal  
 Dr/Prof. ....  
 della condizione clinica da cui è affetto/a : **lipodistrofia** in regione .....  
 e che la terapia consigliata consiste nella

### **lipoaspirazione<sup>1</sup>/liposcultura**

■ Sono stato/a informato/a che tale intervento potrebbe comportare i seguenti rischi generali legati ad ogni intervento chirurgico<sup>2</sup> :

- reazione tossica ed allergica ai farmaci utilizzati per l'anestesia locale ( carbocaina<sup>3</sup>, xilocaina<sup>4</sup>, adrenalina<sup>5</sup>) e per la terapia post-operatoria (antidolorifici<sup>6</sup>, antiedemigeni<sup>7</sup>, antibiotici<sup>8</sup>);
- ecchimosi, ematoma e/o sieroma;

<sup>1</sup> Delle suddette regioni.

<sup>2</sup> Di questo tipo

<sup>3</sup> Ho dichiarato di non essere allergico/a a tale tipo di farmaco.

<sup>4</sup> Ho dichiarato di non essere allergico/a a tale tipo di farmaco.

<sup>5</sup> Ho dichiarato di non soffrire di cardiopatie in particolare di tipo ischemico né di avere all'anamnesi positività per cardiopatie ischemiche o ictus cerebrali anche di tipo transitorio (TIA)

<sup>6</sup> Ho dichiarato di non essere allergico/a a tale tipo di farmaco

<sup>7</sup> Ho dichiarato di non essere allergico/a a tale tipo di farmaco

<sup>8</sup> Ho dichiarato di non essere allergico/a a tale tipo di farmaco Ho dichiarato di essere allergico/a a .....

.....  
 farmaco/ i che non verrà/nno utilizzato/i in corso di intervento o nel post-operatorio.

[cancellare la frase che non interessa- **utilizzare la stessa procedura anche per gli altri farmaci/categorie di farmaci di cui alle note precedenti** ]

- alterazione della cicatrizzazione cutanea in corrispondenza dei fori di ingresso delle cannule, cicatrice ipertrofica (cheloide), allargamento della cicatrice, alterazioni del colore della cute (ipo- o iperpigmentazione), arrossamento della cicatrice per un tempo variabile da alcune settimane ad alcuni mesi, prurito e/o dolore in corrispondenza della cicatrice;
- reazione allergica ai disinfettanti (iodio) e/o al cerotto utilizzato per la medicazione .



■ **Sono stato/a inoltre informato/a dei rischi specifici legati all'intervento di lipoaspirazione/liposcultura :**

- lieve asimmetria tra i due lati del corpo;
- piccole irregolarità di superficie;
- ematoma e/o sierosa;
- ecchimosi ed edema;
- prurito, dolore nelle zone trattate,
- alterazioni temporanee delle sensibilità della zone anatomiche trattate;
- ipocorrezione,
- ipercorrezione.

■ Tali complicanze non sono frequenti ma sono possibili e si possono verificare in rapporto alla diversa reattività del singolo individuo e sono comunque curabili sia con terapia medica sia con un eventuale ulteriore intervento chirurgico senza ulteriori spese da parte del paziente<sup>9</sup>.

■ Sono stato/a informato/a che, qualora durante l'intervento l'operatore lo ritenesse opportuno, il trattamento di alcune aree potrebbe essere differito a data da stabilire.

■ Mi è stato consigliato di non espormi al sole o a lampade UVA per almeno un mese dopo l'intervento, di astenermi dal fumo e dall'attività fisica intensa, di indossare le guaine specifiche giorno e notte il primo mese, solo di giorno il secondo mese.

■ Sono stato/a informato/a che dopo tre settimane dall'intervento può essere necessario iniziare un ciclo di massaggio, con linfodrenaggio, per facilitare il riassorbimento dell'edema.

■ Acconsento all'esecuzione di fotografie e filmati che verranno utilizzati solamente a scopo scientifico (non pubblicitario) e qualora nelle immagini sia incluso il viso questo verrà coperto al fine di impedirne l'identificazione.

---

<sup>9</sup> NB Senza che questo comporti ulteriori spese per l'onorario del chirurgo e degli eventuali assistenti, mentre andranno corrisposte le spese della Casa Di Cura ( degenza, sala operatoria, materiali etc.) o dell'ambulatorio.



■ Dopo aver letto attentamente e consapevolmente quanto sopra, dopo aver posto al Dr./Prof. ....  
tutte le domande che ho ritenuto opportune, ottenendone piena ed esauriente risposta, avendo compreso in maniera completa, chiara, soddisfacente il tipo di intervento, i possibili rischi correlati ed i risultati ottenibili, dichiaro di chiedere di- ed acconsentire a- essere sottoposto/a all'intervento di

**lipoaspirazione**

nelle regioni :.....

in regime di trattamento privato .



■ Dichiaro inoltre che seguirò le prescrizioni , le indicazioni, i consigli postoperatori al fine di ottenere un risultato ottimale .



► Ribadisco di aver chiesto di essere sottoposto/a all'intervento di lipoaspirazione

► Ribadisco il mio pieno ed informato consenso all'intervento di lipoaspirazione

Roma

**In fede**

**Sig./Sig.ra** .....<sup>10</sup>

**Firma dello Specialista che ha raccolto il presente consenso**  
**Dr/Prof.** .....

---

<sup>10</sup> **N.B.** Oltre che in calce, il paziente firma in ciascuna pagina il presente consenso informato, composto di N. 3 pagine.