

## PROTOCOLLO DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

---

Lo scopo del seguente modulo di consenso è di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio preoperatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi connessi all'intervento di BLEFAROPLASTICA. La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

Borse, palpebre pesanti o rugose possono essere corrette mediante l'intervento di BLEFAROPLASTICA. A seconda del caso clinico, l'intervento può essere limitato all'asportazione della pelle in eccesso, oppure estendersi all'eliminazione dei cuscinetti di grasso profondo e al riassetto della muscolatura orbitaria, fino a giungere a poter modificare il "taglio" dell'occhio. Le piccole rughe periorbitarie dette "zampe di gallina" non vengono però cancellate, ma solo migliorate per l'effetto della distensione della pelle. La blefaroplastica può essere praticata sia sulle palpebre superiori sia sulle inferiori, anche contemporaneamente. All'intervento residuano cicatrici minime; in corrispondenza della palpebra superiore la cicatrice è situata, per circa due terzi della sua lunghezza, in fondo al solco che si forma aprendo gli occhi, mentre per un terzo deborda lateralmente e sarà quindi visibile, ma camuffabile, dopo alcuni giorni, con un correttore. Analogamente nella palpebra inferiore la cicatrice si trova sotto il bordo palpebrale e sporge lateralmente per circa un cm. La blefaroplastica, di solito effettuata in anestesia locale, può talvolta richiedere una sedazione o l'anestesia generale, con un ricovero di 1 giorno. Il tipo e la frequenza delle medicazioni, così come l'epoca della rimozione dei punti, dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata. Il risultato, molto buono fin dall'inizio, anche se un poco alterato dall'inevitabile gonfiore ed ecchimosi post-operatori, tende a stabilizzarsi nel giro di alcune settimane. L'intervento non interferisce minimamente con le capacità visive.

AUTORIZZO Il dr/prof ..... ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di: .....

So che dovrò essere sottoposto/a ad anestesia..... AUTORIZZO il dr./prof..... e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio. Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte 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 programmato a priori l'esatto risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

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

..... firma del paziente ..... firma del chirurgo  
firma dell' esercente la patria potestà in caso di minore .....  
(nome e data di nascita del minore .....)

#### PRIMA DELL'INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

- Informare il chirurgo di qualsiasi eventuale trattamento con farmaci (soprattutto cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, ecc.)
- Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Cemerit, Vivin C, ecc.).
- Segnalare la presenza di patologie oculari (per es. glaucoma). Eventualmente sottoporsi ad una visita oculistica.
- Eliminare o ridurre il fumo almeno una settimana prima dell'intervento. Segnalare immediatamente l'insorgenza di raffreddore, mal di gola, tosse, malattie della pelle.
- Procurarsi un paio di occhiali da sole, utili per mascherare le inevitabili ecchimosi perioculari.

#### ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

- Praticare un accurato bagno di pulizia completo; lavare i capelli; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi; struccare accuratamente tutto il viso, con particolare attenzione alla rimozione del mascara dalle ciglia.
- Non assumere cibi né bevande, a partire dalla mezzanotte, se l'intervento è praticato in anestesia generale.

#### IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA:

- Mantenere rigorosamente il digiuno ed indossare un indumento da notte completamente apribile sul davanti.

#### DOPO L'INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

- Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile.
- Riposare alcune ore con impacchi ghiacciati sugli occhi e sulla fronte.
- Per qualche giorno non portare lenti a contatto (da concordare col medico). Tenere puliti gli occhi con detersioni con Iridium garze. È opportuno proteggere tutto il giorno la regione orbitaria con un paio di occhiali, meglio se affumicati ed ampi, che saranno molto utili anche per riprendere immediatamente i contatti sociali.
- I capelli possono essere lavati dal secondo giorno post-operatorio, evitando di bagnare la zona perioculare. Dopo la rimozione dei punti è possibile truccarsi. Eventuali trattamenti estetici della pelle del viso possono essere praticati solo con il consenso del chirurgo.

- E' opportuno dormire in posizione supina fino alla rimozione dei punti.
- Per almeno 1 mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA)

Al minimo dubbio di un andamento anormale del periodo postoperatorio o per qualsiasi altro problema inerente l'intervento, consultate senza esitazione il Vostro Chirurgo.

---

## CONSENSO INFORMATO A INTERVENTO DI BLEFAROPLASTICA

Io sottoscritto/a Nome ..... Cognome.....

DICHIARO di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda. Inoltre, l'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

- Dopo l'intervento residueranno necessariamente delle cicatrici, anche se pressochè invisibili.
- L'intervento non elimina né le borse zigomatiche né le rughe periorbitarie (zampe di gallina).
- Dopo l'intervento si manifestano edemi ed ecchimosi, destinati a scomparire in circa 10-20 giorni.
- Nei primi 10-20 giorni sono comuni anche lievi disturbi come fotofobia (la luce causa fastidio), lacrimazione, bruciore agli occhi ecc., che di solito si risolvono spontaneamente o seguendo le indicazioni del medico.
- Le più frequenti complicazioni di questo intervento sono le deformazioni del bordo palpebrale inferiore, spesso legate alla retrazione cicatriziale post-operatoria, che possono risolversi spontaneamente, ma che talvolta necessitano di correzione chirurgica.
- Se sono state poste suture profonde, queste possono causare fastidio o gonfiore, che di solito si risolvono spontaneamente.
- Raramente si possono formare ematomi (raccolte di sangue all'interno dei tessuti) che devono essere evacuati. Ematomi profondi (eccezionali) che si raccogliessero dietro al bulbo oculare, potrebbero essere pericolosi per la funzione visiva.
- Le infezioni dopo questo tipo di intervento sono rarissime, e possono essere risolte con una terapia adeguata.

**Dichiaro:**

- di essere allergico ai seguenti principi farmacologici .....
- nego allergie a farmaci
- di non aver assunto antibiotici, aminoglicosidici, spectinomycin o altri medicinali che interferiscono con la trasmissione neuromuscolare
- di non essere affetto da miastenia grave o dalla sindrome di Eaton Lambert, da sclerosi laterale amiotrofica o malattie croniche che interessano i muscoli, disordini neuromuscolari.

Sono stato/a edotto/a delle mie caratteristiche cutanee, del fototipo di appartenenza e delle relative precauzioni che dovrò avere prima e dopo il trattamento, sono stato/a informato/a delle possibili necessità di ripetere i trattamenti per conseguire il risultato terapeutico voluto. Mi sono state segnalate le procedure alternative, i loro vantaggi e svantaggi, i rischi e i benefici e sono consapevole di averli rifiutati.

Consento al Dr. .... di acquisire immagini cliniche prima, durante e dopo il trattamento. Comprendo la necessità da parte del sanitario di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pre-trattamento e di quelli ottenuti dopo tale procedura e a distanza di tempo. Autorizzo ai sensi del EX DL 196/03 il trattamento dei miei dati personali e sensibili e del relativo materiale iconografico nel pieno rispetto della legge sulla privacy, con garanzia che se le immagini verranno utilizzate per soli scopi scientifici ed educativi, esse verranno rese anonime.

Certifico di essere maggiorenne / o non avendo ancora raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Firma del Paziente o del Genitore o Tutore in caso di minorenni .....

Firma del Medico che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni .....

Data: Milano .....