



## **CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONE**

Esistono vari tipi di neoformazione ed ognuna di esse deve essere trattata in maniera differente. L'intervento consiste nella loro

asportazione e nella sutura dell'area cruenta che ne residua con modalità tale da lasciare il minor segno possibile.

In ogni caso la cicatrice risultante non può scomparire, ma soltanto divenire il meno evidente possibile.

Se la neoformazione è molto voluminosa o localizzata in aree particolari può essere necessario utilizzare, per coprire l'area

cruenta che residua dopo l'asportazione della stessa, un innesto di pelle o lembo cutaneo. In tal caso la cicatrice finale è possibile che risulti modestamente visibile.

Dopo essere stata tolta, se il chirurgo lo ritiene necessario, la neoformazione verrà mandata in anatomia patologica per avere

una diagnosi istologica precisa.

### **Cosa aspettarsi dopo l'intervento:**

1. il dolore è in genere minimo e può essere controllato con l'assunzione di normali analgesici per un giorno o due.

2. Quando la medicazione verrà rimossa l'area operata può apparire modicamente edematosa (gonfia). Tale situazione è normale e migliorerà nelle successive 2-3 settimane circa. I punti di sutura verranno rimossi dopo 7-15 giorni.

3. Se è stato applicato un innesto esso apparirà di colore scuro o arrossato per alcune settimane

4. la cicatrice nelle settimane successive diventa arrossata e pruriginosa e così resta per tutto il tempo di maturazione che

normalmente dura sei mesi – un anno ( in genere meno in viso). Trascorso questo periodo la cicatrice riacquista il colore della cute circostante e il suo aspetto definitivo

5. se la cicatrice si trova in una regione soggetta a forte tensione (dorso, arti, soprattutto superfici flessorie come gomiti, ginocchia, etc.) può non restare sottile e lineare come appena suturata, ma può diastarsare ( allargarsi) in misura variabile a seconda della qualità della cute e dell'intensità della tensione cui è sottoposta dal paziente.

### **Possibili complicanze:**

Le complicanze sono rare. Le infezioni sono rare e rispondono bene alla terapia antibiotica, però possono diminuire la qualità

estetica del risultato. In alcuni soggetti si può avere la formazione di cicatrici ipertrofiche o cheloidee per motivi non dipendenti

dall'intervento ma legati alla naturale tendenza di alcune persone a produrre questo tipo di cicatrici.

La loro formazione potrebbe rendere necessaria la rimozione chirurgica o un trattamento con iniezioni di cortisone o altri tipi di

trattamenti (massaggi, compressione.....) che devono essere eseguiti durante la fase di maturazione della cicatrice stessa, prima

cioè che assuma le sue caratteristiche definitive. Il tipo di trattamento adeguato verrà deciso di volta in volta dal chirurgo, e

richiede una particolare collaborazione da parte del paziente. Nella maggioranza dei casi si riesce a controllare bene questa

tendenza ipertrofica delle cicatrici, ma il risultato finale può non essere della qualità desiderate, comunque, non si esclude la

possibilità di un nuovo minore intervento di correzione.

La guida dell'automobile potrà essere ripresa il giorno successivo, le attività sportive dopo 7-15 giorni.

### **ANESTESIA**

L'operazione viene eseguita in anestesia locale ( se necessario con sedazione), che consiste nell'infiltrazione della cicatrice con

piccole quantità di anestetico locale, o in anestesia generale a seconda delle dimensioni della/e neoformazione/i.

Durante l'intervento in sedazione verrà comunque messa una flebo al paziente per avere a disposizione un accesso venoso in caso di

necessità.



L'anestesia anche se attuata con perizia e diligenza, non è esente da rischio e complicanze che solo raramente possono essere fatali o causare danni permanenti o transitori

Potranno essere necessarie durante l'anestesia o dopo l'intervento manovre invasive (intubazione e ventilazione meccanica; incannulazione di vene periferiche, centrali o di arterie, cateterizzazione vescicale) e non invasive per la cura, la valutazione e il

monitoraggio delle funzioni vitali, finalizzate ad ottenere i migliori risultati.

Qualora, durante o dopo l'intervento, si rendesse necessario sostenere con farmaci la funzione cardiocircolatoria potranno essere impiegati farmaci galenici quali adrenalina e noradrenalina.

Descritto nelle pagine allegate, le possibilità ed i limiti del quale mi sono stati spiegati dal Dott. \_\_\_\_\_

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 locale, generale 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 post-operatorio. Acconsento infine a che i dati anagrafici e clinici che mi riguardano nonché le fotografie eseguitemi vengano conservati. Anche

su supporto magnetico, al fine di poter essere utilizzati per indagini epidemiologiche e cliniche a scopo scientifico in deroga alla

L. 196/2003 (comunemente detta "della privacy").

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

-----  
*DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente  
minorenne esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_