***PROF. DOTT. MATTIOLI RUBENS GIORGIO***

***Spec. ORL - Chirurgia funzionale ed estetica del naso e del viso***

**Informativa e Consenso Informato**

*ad integrazione del Documento Ufficiale Associazione Italiana di Chirurgia Estetico-Funzionale Rino-Cervico-Facciale (AICEF-rcf) – Versione 2003*

Io sottoscritto,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiaro che il Prof. Mattioli mi ha illustrato in modo esauriente e da me comprensibile il tipo di patologia di cui sono affetto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ed il tipo di intervento che si rende opportuno per tale patologia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi ha altresì informato dei vantaggi e dei rischi dell’intervento nonché delle prospettive di miglioramento estetico.

Queste ultime mi sono state esaurientemente illustrate con riferimento all’esperienza clinica di casi consimili e con l’ausilio meramente esemplificativo e non impegnativo di risultati di fotografie e di disegni.

Pertanto pienamente consapevole della opportunità di sottopormi all’intervento e informato del bilancio rischi-benefici, che mi è stato illustrato, con riferimento ai parametri dell’esperienza chirurgica, dichiaro in particolare di essere stato informato:

* dei rischi anestesiologici;
* che i tessuti umani possono reagire in modo anomalo con cicatrice iper od ipotrofica per cui il risultato definitivo potrà essere raggiunto in linea di massima in un arco di tempo che varia dai 6 mesi – 1 anno ad 1 anno ½ e per questo motivo verranno eseguiti controlli a distanza di 1 – 6 – 12 mesi dall’intervento, anche al fine di intervenire farmacologicamente su anomalie del processo di guarigione con prodotti iniettabili localmente come cortisone o fillers come Radiesse, o Acido Jaluronico;
* che la ripresa della funzionalità nasale richiede un tempo variabile legato essenzialmente all’entità dell’intervento, alla patologia e alla soggettiva reattività dei tessuti;
* che la perfezione in senso estetico ed in particolare sul viso è ben diversa da quella geometrica, quindi alcune asimmetrie (in particolare, le narici anche in persone non operate se osservate bene non sono mai uguali, per cui anche dopo l’intervento, possono presentare delle differenze l’una dall’altra) non sono da considerarsi difetti e quello che si persegue con la chirurgia estetica è soprattutto l’armonia delle forme e dei volumi e non una perfezione geometrica;
* a questo proposito va ricordato che **il naso perfetto non esiste**, bensì nasi che si possono migliorare; pertanto **la pretesa della perfezione rappresenta un approccio scorretto per questa chirurgia**.
* Infatti, nonostante la perfetta esecuzione dell’intervento, va tenuto conto delle caratteristiche dei tessuti che possono dare reazioni cicatriziali anomale.

Autorizzo il Prof. Mattioli a modificare il programma operatorio concordato qualora questo si rendesse necessario ai fini di ottenere quei risultati estetico-funzionali concordati.

Autorizzo il Prof. Mattioli ad utilizzare la documentazione fotografica per comunicazioni scientifiche o P.R.

Sono informato dei vantaggi e svantaggi e autorizzo il Prof. Mattioli ad utilizzare localmente fillers (quali Radiesse o Acido Jaluronico) o cortisonici (quali Depo-Medrol) ai fini di correggere eventuali reazioni cicatriziali anomale che dovessero comparire nel corso della guarigione.

Nel firmare la presente dichiarazione, dichiaro di aver letto attentamente e compreso quanto in essa scritto, dichiaro di aver letto e compreso il Modulo di Percorso consegnatomi, dichiaro di aver preso atto della disponibilità del Prof. Mattioli a fornirmi ogni ulteriore elemento di informazione, che di fatto mi ha fornito, e pertanto acconsento consapevolmente all’intervento chirurgico che mi è stato proposto autorizzando il Prof. Mattioli ad effettuarlo.

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del Paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del Prof. R.G. Mattioli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*