**PROF. DOTT. MATTIOLI RUBENS GIORGIO**

**Spec. ORL**

**Chirurgia funzionale ed estetica del naso e del viso**

**CONSENSO INFORMATO**

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 esiste una percentuale di insuccesso quantificabile in linea di massima in una percentuale del 5-6%, che potrà richiedere un secondo intervento, di norma di piccola entità, al fine di ottenere un miglior risultato;
* 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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prof. R.G. Mattioli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tratto da Documento Ufficiale Associazione Italiana di Chirugia Estetico-Funzionale Rino-Cervico-Facciale (AICEF-rcf) – ver. 2003



Il Codice Deontologico stabilisce che:

1. il medico deve informare il paziente dei possibili rischi concernenti il tipo di intervento da eseguire
2. il medico deve informare il paziente dello scopo e del tipo di intervento da eseguire
3. il medico deve ottenere dal paziente un consenso informato

**Il paziente è gentilmente pregato di rispondere a questo questionario per attenersi allo spirito del Codice Deontologico**

1. Ha capito il tipo di intervento che verrà eseguito e le sue modalità? SI NO

1. Le è stato spiegato esaurientemente lo scopo dell’intervento? SI NO
2. È al corrente di ciò che si intende eseguire? SI NO
3. Ha letto i rischi e le complicanze della chirurgia? SI NO
4. Ha capito e considerato i risultati ed i rischi dell’intervento? SI NO
5. È soddisfatto delle risposte avute in merito alle sue domande? SI NO
6. Ha capito che non esistono garanzie assolute? SI NO