

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA 0908 - UO Senologia	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI RICOSTRUZIONE DEL COMPLESSO AREOLA CAPEZZOLO	0908 - TCI.06* Rev. 00 del 30/06/20 Pag. 1 di 2
--	---	---

SEZIONE INFORMATIVA
Trattasi di assenza del complesso areola capezzolo
L' assenza del complesso areola-capezzolo può essere dovuta ad esito di asportazione per pregressa chirurgia mammaria oppure per assenza congenita (atelia).
Si propone il seguente trattamento
Che cos'è e come si esegue?
Ricostruzione del complesso areola capezzolo Il capezzolo viene ricostruito utilizzando piccoli lembi locali che ruotati simulano l'aspetto di un capezzolo. In alternativa, in caso il capezzolo controlaterale sia di grosse dimensioni, è possibile prelevar parte del tessuto e trapiantarlo nella regione mammaria da ricostruire. Per la ricostruzione dell'areola è possibile utilizzare la cute dell'areola controlaterale, se questa è sufficientemente grande, trapiantata in forma spirale o, più semplicemente, può essere tatuata direttamente sulla neo-mammella nella forma e dimensione desiderata. La ricostruzione del complesso areola capezzolo presenta il difetto della progressiva depigmentazione dell'areola e la perdita anche di oltre la metà della proiezione del capezzolo ricostruito con il passare del tempo.
Benefici attesi
Il maggior beneficio della ricostruzione per la Paziente deve essere psicologico, permettendole di dimenticare con il tempo la mutilazione subita e quindi la malattia di base o la condizione iniziale di partenza. La meta da raggiungere, per il Chirurgo Ricostruttivo, è una neo-mammella che sia molto simile a quella dell'altro lato, per fare in modo che la Paziente non ricordi gli interventi ogniquale volta si guarda allo specchio.
Quali possono essere i rischi e le complicanze?
Per quanto riguarda l'intervento chirurgico e le possibili complicanze ho avuto informazioni complete inerenti: <ul style="list-style-type: none"> • la tecnica dell'intervento; • il decorso postoperatorio (che potrebbe comportare un certo disagio, nei primi giorni, dovuto alla dolenzia, alla tensione tessutale e alla possibilità di un rialzo termico); • la terapia farmacologica (antibiotici, antinfiammatori, analgesici, e quei farmaci che, a seconda dei casi, si rendano necessari); le complicanze specifiche sono: <ul style="list-style-type: none"> • traumi delle fibre nervose con parestesie (disturbi della sensibilità della regione cutanea mammaria e dell'areola della durata di pochi mesi nella maggior parte delle pazienti, raramente della durata di anni); • ematomi (accumulo localizzato di liquido ematico: 3-5%); • la possibile infezione della ferita chirurgica che aumenta in presenza di un corpo protesico. • la difficoltà di guarigione della ferita, più frequente in presenza di fattori di rischio quali l'attitudine al fumo, diabete, collagenopatie (il rischio in questi soggetti può arrivare al 50%); • la qualità delle cicatrici chirurgiche (che può variare molto da una persona all'altra e che non è in nessun modo prevedibile); • che i pazienti fumatori, diabetici, con alterazioni vascolari e affetti da tutte quelle patologie che possono compromettere l'intervento e l'esito finale dell'intervento stesso sono ad alto rischio di complicanze, come una brutta cicatrizzazione, la necrosi dei lembi cutanei e l'infezione e diastasi (apertura) delle ferite; • L'entità del risultato (che sarà proporzionato sia alla qualità dei tessuti che alla conformazione e alle condizioni antecedenti all'intervento) potrebbe non essere quella attesa e concordata durante le visite precedenti; • Necrosi parziale o totale del capezzolo ricostruito <p>Sono stata inoltre informata in modo chiaro e comprensibile circa tutti i rischi generici e specifici, anche se marginali, riguardanti sia la preparazione che l'esecuzione dell'intervento chirurgico, tra cui embolia, cecità, lesioni nervose (paralisi, paresi, parestesie), allergia ad anestetici locali, shock, infezioni locali e generalizzate, Sono consapevole del fatto che in seguito a tale intervento resterà una cicatrice chirurgica in regione mammaria. Sono consapevole che il chirurgo non può garantirmi né promettermi di raggiungere alcun particolare risultato, ma si impegna ad operare in modo corretto, sia dal punto di vista tecnico che scientifico, secondo perizia, prudenza e diligenza.</p>
Possibili alternative all'esame/intervento/trattamento
Alternativa alla ricostruzione del capezzolo è utilizzare una protesi di capezzolo esterna.
Conseguenze del rifiuto al trattamento sanitario consigliato
Pur non essendoci conseguenze cliniche, il rifiuto alla ricostruzione del complesso areola capezzolo può influire oltre che sulla propria immagine corporea anche sulla propria autostima e sull'accettazione di se stesse.
Prescrizioni dopo l'accertamento/trattamento consigliato
Effettuerò le medicazioni della ferita secondo il calendario che mi sarà fornito.
Informazioni aggiuntive
Essendo il nostro reparto un centro di formazione specialistica universitaria, è possibile che l'intervento venga effettuato, almeno in parte, da un medico

Firma del medico

Firma del/della paziente/legale rappresentante

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA 0908 - UO Senologia	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI RICOSTRUZIONE DEL COMPLESSO AREOLA CAPEZZOLO	0908 - TCI.06* Rev. 00 del 30/06/20 Pag. 2 di 2
--	---	---

specialista in formazione sotto la guida attenta di un chirurgo esperto.
Note integrative
2.A SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO PER PAZIENTE MAGGIORENNE CAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE
Io sottoscritto/a (nome) (cognome)
Nato/a il a residente a
Dichiaro di: <input type="checkbox"/> aver ricevuto copia della sezione informativa e averne letto il contenuto, <input type="checkbox"/> aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico, <input type="checkbox"/> aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite dal medico, in merito alla patologia di cui sono/potrei essere affetto/a, la natura, la finalità, i benefici e le possibili complicanze dell'accertamento/trattamento propostomi e delle eventuali alternative, <input type="checkbox"/> essere stato/a informato/a delle conseguenze negative per la salute in caso di rifiuto dell'accertamento/trattamento consigliatomi, <input type="checkbox"/> essere stato/a informato che in ogni momento posso revocare il mio consenso, <input type="checkbox"/> essere stato/a informato/a che nel caso in cui l'esecuzione dell'accertamento/trattamento proposto sia programmato a distanza dall'acquisizione del consenso la mia condizione clinica sarà rivalutata e, ove non vi siano modifiche, mi sarà richiesto di confermare il consenso già espresso con l'apposizione di una nuova firma, <input type="checkbox"/> essere stato/a informato/a che l'AOUP fa parte di una rete di formazione specialistica universitaria, per cui è possibile che l'accertamento/trattamento venga effettuato da un medico in formazione specialistica sotto la guida di un sanitario dipendente della struttura, <input type="checkbox"/> non essere a conoscenza di allergie a farmaci e/o anestetici locali; <u>acconsento</u> pertanto al loro utilizzo sulla mia persona, <p style="text-align: center;">pertanto ACCONSENTO a sottopormi al trattamento proposto</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Autorizzo <input type="checkbox"/> Non Autorizzo</p>
L'esecuzione di fotografie, riprese cinematografiche o televisive, inerenti alla patologia di cui sono affetto/a e il suo trattamento, e la loro utilizzazione in forma anonima, unitamente ai dati concernenti la malattia, per semplici scopi medici, scientifici, educativi e divulgativi.
Data e firma del/la paziente
<i>Se necessario, Dichiaro di</i> <input type="checkbox"/> essere in stato di gravidanza <input type="checkbox"/> non essere in stato di gravidanza <input type="checkbox"/> non esserne a conoscenza firma
Altri eventuali operatori presenti all'acquisizione del consenso informato. Indicare nome e cognome:
Data, firma e timbro del medico
CONFERMA DEL CONSENSO GIÀ ESPRESSO IN DATA.....
Data e firma del/la paziente
Data, firma e timbro del medico

Firma del medico *Firma del/della paziente/legale rappresentante*