

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>  <b>DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA</b>  <b>0908 - UO Senologia</b>	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b>  <b>PER INTERVENTO CHIRURGICO DI</b>  <b>CORREZIONE GINECOMASTIA</b>	<b>0908 - TCI.08*</b>  Rev. 00 del 30/06/20  Pag. 1 di 7
--	--	---

SEZIONE INFORMATIVA
<b>Trattasi di (descrizione semplice e sintetica)</b>
<p>Per Ginecomastia si intende un eccessivo sviluppo di tessuto ghiandolare (ginecomastia vera), adiposo (pseudoginecomastia) o di entrambi (ginecomastia mista) nei soggetti di sesso maschile.</p> <p>La ginecomastia (vera o mista) è provocata da uno squilibrio della quantità di testosterone rispetto agli estrogeni dovuto a: cambiamenti ormonali naturali, patologie che influenzano l'equilibrio ormonale, uso di alcuni farmaci, abuso di alcune sostanze.</p> <p>Possono essere considerate fisiologiche la ginecomastia neonatale e puberale che vanno incontro generalmente a regressione spontanea e quella senile.</p>
<b>Si propone il seguente trattamento</b>
<b>Che cos'è e come si esegue?</b>
<p><b>CHE COS'È LA CORREZIONE DELLA GINECOMASTIA</b></p> <p>La <b>pseudoginecomastia</b>, dovuta ad un eccesso di tessuto adiposo, viene corretta adeguatamente mediante intervento di lipoaspirazione, che consiste nell'introduzione di una sottile cannula al di sotto della pelle attraverso due incisioni di 3-4 millimetri e nella diretta aspirazione del grasso con conseguente modellamento della regione mammaria.</p> <p>La <b>ginecomastia vera</b> e quella <b>mista</b> richiedono necessariamente l'esecuzione di un intervento chirurgico in quanto il tessuto ghiandolare, a differenza di quello adiposo, non può essere aspirato. A seconda delle dimensioni delle mammelle da ridurre l'incisione cutanea può essere limitata all'emicirconfenza inferiore di ciascuna areola (ginecomastie di entità lieve o media) oppure estesa a tutta la circonferenza dell'areola (ginecomastie di grado marcato), al fine di ridurre le dimensioni di areole troppo grandi e/o di asportare anche un anello di cute qualora necessario. Solo in casi particolari, è opportuna l'asportazione di una maggior quantità di pelle con conseguenti cicatrici estese attorno all'areola, dal margine inferiore dell'areola al solco sottomammario e, talora, anche trasversalmente a livello del solco sottomammario. Viene asportato il tessuto ghiandolare in eccesso, avendo cura di mantenere uno spessore sufficiente a livello areolare (adenomammectomia subtotale). Nei casi a componente mista, ghiandolare ed adiposa, le tecniche di adenomammectomia e liposuzione vengono associate al fine di ottenere un miglioramento più armonioso di tutta la regione interessata. Il tessuto ghiandolare asportato viene inviato per l'esame istologico. Soprattutto nei casi di asportazione ghiandolare con incisioni cutanee, può essere posizionato, in ciascun lato operato, un drenaggio che fuoriesce dalla pelle del cavo ascellare. La medicazione può consistere in una medicazione elastica del torace o nell'applicazione di una canottiera contenitiva. Come spesso avviene in Chirurgia Plastica, si tratta di un intervento complesso e non di uniformità routinaria, nel senso che la procedura non è completamente standardizzabile, bensì viene personalizzata sulla base delle caratteristiche individuali.</p>
<b>Benefici attesi (descrizione semplice e sintetica)</b>
<p>L'effetto migliorativo della procedura risulta immediatamente apprezzabile al Chirurgo già durante l'intervento. Il risultato definitivo risulta pienamente apprezzabile 6 mesi circa dopo l'intervento. Si ricorda, comunque, che non sempre è ottenibile una perfetta simmetria tra le mammelle. Il tessuto asportato non si riforma più, a meno che non intervengano variazioni ormonali od importanti incrementi ponderali che agiscono sul tessuto adipo-ghiandolare residuo. Col passare degli anni i normali processi di invecchiamento cutaneo, variazioni del peso corporeo potranno comportare un'alterazione della forma e delle dimensioni delle mammelle operate.</p>
<b>Quali possono essere i rischi e le complicanze?</b>
<p><b>Per quanto riguarda l'intervento chirurgico e le possibili complicanze ho avuto informazioni complete inerenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la tecnica dell'intervento;</li> <li>• 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);</li> <li>• la terapia farmacologica (antibiotici, antinfiammatori, analgesici, e quei farmaci che, a seconda dei casi, si rendano necessari);</li> </ul> <p><b>le complicanze specifiche sono:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sierosità prolungata nelle settimane seguenti l'intervento in circa il 10%;</li> <li>• 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);</li> <li>• ematomi (accumulo localizzato di liquido ematico: 3-5%);</li> <li>• la possibile infezione della ferita chirurgica;</li> <li>• la difficoltà di guarigione della ferita, più frequente in presenza di fattori di rischio quali l'attitudine al tabagismo, diabete, collagenopatie (il rischio in questi soggetti può arrivare al 50%);</li> <li>• la qualità delle cicatrici chirurgiche (che può variare molto da una persona all'altra e che non è in nessun modo prevedibile);</li> <li>• la necessità di dover posizionare al termine dell'intervento uno o più drenaggi che possono essere lasciati in sede per un periodo variabile da caso a caso e che possono, una volta rimosso/i, causare un piccolo esito cicatriziale;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• Sia a seguito della liposuzione che dell'adenomammectomia subtotale possono presentarsi irregolarità di spessore dei tessuti sottocutanei con</li> </ul>

*Firma del medico* .....

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

\* Modello redatto in conformità alla PA 203 "Acquisizione del consenso informato".

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>  <b>DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA</b>  <b>0908 - UO Senologia</b>	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b>  <b>PER INTERVENTO CHIRURGICO DI</b> <b>CORREZIONE GINECOMASTIA</b>	<b>0908 - TCI.08*</b>  Rev. 00 del 30/06/20  Pag. 2 di 7
--	--	---

ondulamenti, avvallamenti ed asimmetrie, generalmente modeste, fra i due lati. Molto raramente, a seguito dei processi cicatriziali relativi ai tessuti trattati, possono risultare aderenze e retrazioni fra il piano cutaneo e quello muscolare sia a livello areolare che perifericamente. Trattamenti con massaggi possono migliorare l'aspetto generale in molti casi; eventualmente possono essere opportuni, a distanza di almeno sei mesi, interventi correttivi generalmente in anestesia locale.

- Molto raramente, può presentarsi la necrosi di parte o di tutta l'areola o di parte della cute della regione mammaria. Tale evenienza richiede un iniziale trattamento conservativo con medicazioni, seguito, se opportuno, da un intervento per la ricostruzione dell'areola e del capezzolo.
- In caso di ridotta retrazione cutanea soprattutto ma non solo dopo lipoaspirazione, può raramente essere presente un eccesso cutaneo che potrà essere corretto a distanza di tempo, a stabilizzazione del quadro clinico.

Sono stato inoltre informato 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, lesioni nervose (paralisi, paresi, parestesie), infezioni locali e generalizzate, emorragie che nell'immediato post-operatorio possono comportare un re-intervento per una revisione dell'emostasi (5% dei casi) e in rari casi il ricorso a trasfusione di sangue (per la quale viene eventualmente richiesto specifico consenso).

Sono consapevole del fatto che in seguito a tale intervento resterà una cicatrice chirurgica in regione mammaria e nel punto di fuoriuscita del drenaggio/i. 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.

#### Possibili alternative all'esame/intervento/trattamento

Non esistono alternative mediche all'intervento di liposuzione o di adenomammectomia per la correzione della ginecomastia idiopatica.

#### Conseguenze del rifiuto al trattamento sanitario consigliato

Pur non essendoci conseguenze cliniche, i pazienti affetti da ginecomastia riportano difficoltà di tipo relazionale. Non sentendosi padroni o a proprio agio con il corpo può diventare più difficile vivere anche l'intimità in coppia e la relazione sia affettiva che sessuale.

#### Prescrizioni dopo l'accertamento/trattamento consigliato

Effettuerò le medicazioni della ferita secondo il calendario che mi sarà fornito. Per la gestione al domicilio, riceverò durante il ricovero, prima della dimissione, le informazioni più dettagliate, contenute anche in un apposita brochure.

#### 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 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**

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

\* Modello redatto in conformità alla PA 203 "Acquisizione del consenso informato".

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>  <b>DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA</b>  <b>0908 - UO Senologia</b>	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b>  <b>PER INTERVENTO CHIRURGICO DI</b>  <b>CORREZIONE GINECOMASTIA</b>	<b>0908 - TCI.08*</b>  Rev. 00 del 30/06/20  Pag. 3 di 7
--	--	---

Io sottoscritto/a (nome) ..... (cognome) .....
Nato/a il ..... a ..... residente a .....
<b>Dichiaro di:</b> <input type="checkbox"/> aver ricevuto copia della sezione informativa in 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,  pertanto <b>ACCONSENTO</b> a sottopormi al trattamento proposto
<b>Inoltre:</b>  <input type="checkbox"/> <b>Autorizzo</b> <input type="checkbox"/> <b>Non Autorizzo</b>
L'eventuale utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati asportati durante il trattamento oltre che per formulare una diagnosi isto-patologica, anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.  <input type="checkbox"/> <b>Autorizzo</b> <input type="checkbox"/> <b>Non Autorizzo</b>
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.
<b>Data e firma del/la paziente</b> .....
<b>Altri eventuali operatori presenti all'acquisizione del consenso informato.</b>
<b>Indicare nome e cognome:</b>
<b>Data, firma e timbro del medico</b> .....
<b>CONFERMA DEL CONSENSO GIÀ ESPRESSO IN DATA</b> .....
<b>Data e firma del/la paziente</b> .....
<b>Data, firma e timbro del medico</b> .....

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

\* Modello redatto in conformità alla PA 203 "Acquisizione del consenso informato".

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>  <b>DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA</b>  <b>0908 - UO Senologia</b>	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b>  <b>PER INTERVENTO CHIRURGICO DI</b>  <b>CORREZIONE GINECOMASTIA</b>	<b>0908 - TCI.08*</b>  Rev. 00 del 30/06/20  Pag. 4 di 7
--	--	---

SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI DISSENSO
<b>Dichiaro di:</b> <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/a che in ogni momento posso revocare il dissenso.
<b>Pur prendendo atto di quanto sopra, NON ACCONSENTO a sottopormi all'accertamento/trattamento propostomi.</b>
Data e firma del paziente .....
<b>Altri eventuali operatori presenti all'acquisizione del dissenso all'accertamento/trattamento</b> <b>Indicare nome e cognome:</b>  
Data, firma e timbro del medico .....

2.B SEZIONE ANAGRAFICA PER PAZIENTE MINORENNE
Io sottoscritto/a (nome) ..... (cognome) .....
Nato/a il ..... a ..... residente a .....
Io sottoscritto/a (nome) ..... (cognome) .....
Nato/a il ..... a ..... residente a .....
<input type="checkbox"/> Dichiariamo di esercitare la responsabilità genitoriale nei confronti del/della minorenni ..... nato/a a ..... il ..... Data e firma ..... Data e firma .....
<input type="checkbox"/> Dichiario di esercitare la responsabilità genitoriale in via esclusiva nei confronti del/della minorenni ..... nato/a a ..... il ..... in quanto l'altro genitore è <input type="checkbox"/> Deceduto; <input type="checkbox"/> Impedito momentaneamente ad esercitare la responsabilità genitoriale ex art. 317 del Codice Civile; <input type="checkbox"/> Esente dalla responsabilità genitoriale. Data e firma .....
<input type="checkbox"/> Dichiario di essere il tutore/curatore del/della minorenni ..... nato/a a ..... ..... il ..... , designato dal giudice tutelare alla tutela/curatela dello/a stesso/a Data e firma .....

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

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>  <b>DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA</b>  <b>0908 - UO Senologia</b>	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b>  <b>PER INTERVENTO CHIRURGICO DI</b>  <b>CORREZIONE GINECOMASTIA</b>	<b>0908 - TCI.08*</b>  Rev. 00 del 30/06/20  Pag. 5 di 7
--	--	---

**CONSENSO PER PAZIENTE MINORENNE**

- Dichiaro/dichiariamo di:**
- aver ricevuto copia della sezione informativa e averne letto il contenuto,
  - aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
  - aver ben compreso le spiegazioni che sono state fornite dal medico, in merito alla patologia di cui è/potrebbe essere affetto il/la minorenni ..... , la natura, la finalità, i benefici e le possibili complicanze dell'accertamento/trattamento proposto e delle eventuali alternative,
  - essere stato/i informato/i delle conseguenze negative per la salute in caso di rifiuto dell'accertamento/trattamento consigliato,
  - essere stato/i informato/i che in ogni momento posso/possiamo revocare il mio/nostro consenso,
  - essere stato/i informato/i che nel caso in cui l'esecuzione dell'accertamento/trattamento proposto sia programmato a distanza dall'acquisizione del consenso la condizione clinica di ..... sarà rivalutata e, ove non vi siano modifiche, mi/ci sarà richiesto di confermare il consenso già espresso con l'apposizione di una nuova firma,
  - essere stato/i informato/i 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,
  - non essere a conoscenza di allergie a farmaci e/o anestetici locali; acconsento/acconsentiamo pertanto al loro utilizzo su .....
  - essere a conoscenza di allergie ai seguenti farmaci e/o anestetici locali ..... *(per le strutture che non si avvalgono del consenso anestesiologico).*

**Pertanto ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO a sottoporre all'accertamento/trattamento proposto il/la minorenni** ..... tenuto conto anche della volontà espressa dallo/a stesso/a.

**Data e firma del/degli esercenti la responsabilità genitoriale o del tutore/curatore**  
.....  
.....

**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/degli esercenti la responsabilità genitoriale o del tutore/curatore**  
.....  
.....

**Data, firma e timbro del medico** .....

**SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI DISSENSO PER MINORENNE**

- Dichiaro/dichiariamo di:**
- aver ricevuto copia della sezione informativa e averne letto il contenuto,
  - aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
  - aver ben compreso le spiegazioni che mi/ci sono state fornite dal medico, in merito alla patologia di cui è/potrebbe essere affetto il/la minorenni ..... , la natura, la finalità, i benefici e le possibili complicanze dell'accertamento/trattamento proposto e delle eventuali alternative,
  - essere stato/i informato/i delle conseguenze negative per la salute in caso di rifiuto dell'accertamento/trattamento consigliato,
  - essere stato/i informato/i che in ogni momento posso/possiamo revocare il dissenso,
  - essere stato/i informato/i che nel caso in cui tale decisione sia ritenuta pregiudizievole per il/la minorenni ..... il medico ha il dovere di ricorrere al giudice tutelare.

**Pur prendendo atto di quanto sopra NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO a sottoporre all'accertamento/trattamento proposto il/la minore** ..... tenuto conto anche della volontà espressa dallo/a stesso/a.

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

\* Modello redatto in conformità alla PA 203 "Acquisizione del consenso informato".

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>  <b>DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA</b>  <b>0908 - UO Senologia</b>	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b>  <b>PER INTERVENTO CHIRURGICO DI</b> <b>CORREZIONE GINECOMASTIA</b>	<b>0908 - TCI.08*</b>  Rev. 00 del 30/06/20 Pag. 6 di 7
--	--	---

Data e firma del/degli esercenti la responsabilità genitoriale o del tutore/curatore ..... .....
<b>Altri eventuali operatori presenti all'acquisizione del dissenso all'accertamento/trattamento</b> <b>Indicare nome e cognome:</b>  
Data, firma e timbro del medico .....

**2.C SEZIONE ANAGRAFICA PER PAZIENTE MAGGIORENNE INTERDETTO/A - INABILITATO/A - TEMPORANEAMENTE INCAPACE**

Io sottoscritto/a (nome) ..... (cognome) .....
Nato/a il ..... a ..... residente a .....
Dichiaro di essere tutore/curatore/amministratore di sostegno di ..... nato/a a ..... il .....
Data e firma .....

**CONSENSO PER PAZIENTE MAGGIORENNE INTERDETTO/A - INABILITATO/A - TEMPORANEAMENTE INCAPACE**

<b>dichiaro di:</b> <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 è/potrebbe essere affetto/a il/la paziente interdetto/a – inabilitato/a - temporaneamente incapace ....., la natura, la finalità, i benefici e le possibili complicanze dell'accertamento/trattamento proposto 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 consigliato, <input type="checkbox"/> essere stato/a informato/a 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 condizione clinica di ..... 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 su ..... <input type="checkbox"/> essere a conoscenza di allergie ai seguenti farmaci e/o anestetici locali .....
Pertanto <b>ACCONSENTO</b> a sottoporre all'accertamento/trattamento proposto il/la paziente interdetto/a -inabilitato/a - temporaneamente incapace ..... tenuto conto anche della volontà espressa dallo/a stesso/a.

Data e firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno .....
<b>Altri eventuali operatori presenti all'acquisizione del consenso informato.</b> <b>Indicare nome e cognome:</b>  
Data, firma e timbro del medico .....

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

\* Modello redatto in conformità alla PA 203 "Acquisizione del consenso informato".

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b>  <b>DAI AREA MEDICA ED ONCOLOGICA</b>  <b>0908 - UO Senologia</b>	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b>  <b>PER INTERVENTO CHIRURGICO DI</b>  <b>CORREZIONE GINECOMASTIA</b>	<b>0908 - TCI.08*</b>  Rev. 00 del 30/06/20  Pag. 7 di 7
--	--	---

<b>CONFERMA DEL CONSENSO GIÀ ESPRESSO IN DATA .....</b>
<b>Data e firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno .....</b>
<b>Data, firma e timbro del medico .....</b>
<b>SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI DISSENSO PER PAZIENTE MAGGIORENNE INTERDETTO/A - INABILITATO/A - TEMPORANEAMENTE INCAPACE</b>
<b>dichiaro di:</b> <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 è/potrebbe essere affetto il/la paziente interdetto/a-inabilitato/a- temporaneamente incapace ....., la natura, la finalità, i benefici e le possibili complicanze dell'accertamento/trattamento proposto 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 consigliato, <input type="checkbox"/> essere stato/a informato/a che in ogni momento posso revocare il dissenso, <input type="checkbox"/> essere stato/a informato/a che nel caso in cui tale decisione sia ritenuta pregiudizievole per il/la paziente interdetto/a - inabilitato/a - temporaneamente incapace ..... il medico ha il dovere di ricorrere al giudice tutelare.
<b>Pur prendendo atto di quanto sopra NON ACCONSENTO a sottoporre all'accertamento/trattamento proposto il/la paziente interdetto/a - inabilitato/a - temporaneamente incapace ..... tenuto conto anche della volontà espressa dallo/a stesso/a</b>

<b>Data e firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno</b>  .....
<b>Altri eventuali operatori presenti all'acquisizione del dissenso all'accertamento/trattamento</b> <b>Indicare nome e cognome:</b>  
<b>Data, firma e timbro del medico .....</b>

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

\* Modello redatto in conformità alla PA 203 "Acquisizione del consenso informato".