

Gentile Paziente,

Le è stata proposta una procedura medica diagnostico/terapeutica per la quale è richiesto il Suo consenso informato.

La presente nota contiene informazioni sulla natura e lo scopo del trattamento sanitario indicato, i benefici potenzialmente attesi e i possibili rischi, le possibili alternative, loro vantaggi e rischi, nonché le conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e/o dell'accertamento diagnostico.

Legga con attenzione e, qualora lo ritenesse opportuno, non esiti a richiedere ulteriori spiegazioni e approfondimenti.

Le chiederemo poi di firmare un foglio di consenso all'atto medico proposto.

1. Il giorno e all'ora concordata per l'intervento il paziente dovrà presentarsi presso la Segreteria Dermochirurgica dell'U.O.C. di Dermatologia, situata al III° piano della struttura C dell'Ospedale, per inserire i suoi dati nel database dermochirurgico.

2. Il giorno dell'intervento non è necessario il digiuno (anzi sarà utile una normale colazione) e dovrà assumere i suoi farmaci abituali.

3. Si prega di portare tutta la documentazione sanitaria (visite specialistiche, E.C.G., ecc.), se l'intervento interessa il volto rimuovere eventuali accessori (orecchini, collane, ecc.) non truccarsi, per gli uomini è richiesta la rasatura della barba; togliere lo smalto dalle unghie.

**4. Se il paziente assume farmaci che interferiscono con la coagulazione del sangue (es. cardiospirina, ticlopidina, plavix, coumadin, ecc.), se ha un defibrillatore, un pace-maker, valvole cardiache artificiali o altro dispositivo elettromedicale deve farlo presente al medico almeno 15 giorni prima dell'intervento programmato.**

5. L'intervento sarà eseguito in anestesia locale o tronculare, la lesione sarà escissa con un elettro-bisturi, le medicazioni successive saranno eseguite dal paziente a domicilio con i presidi prescritti dal medico.

6. Nell'immediato post operatorio potrebbe manifestarsi dolore più o meno intenso a seconda delle sedi anatomiche operate: in tal caso si potrà far uso di antidolorifici (tachipirina 1000 mg una compressa, evitare aspirina).

7. Qualora la medicazione dovesse presentare problemi, potrà recarsi al mattino presso gli ambulatori della U.O.C di Dermatologia anche in giorni diversi da quelli indicati per chiedere assistenza.

8. Il paziente non esente deve recarsi all'ufficio ticket per regolarizzare le impegnative.

9. Nel caso sia stato richiesto l'esame istologico della neoformazione asportata, a distanza di circa **45 giorni dall'intervento**, il paziente dovrà telefonare alla Segreteria Dermochirurgia (al numero **071.800.3309**) per chiedere se il referto è arrivato.

10. Sarà preferibilmente il medico che ha seguito il caso a consegnare il referto spiegandone il significato nelle date e orari indicati dalla segreteria. Il referto deve essere ritirato entro 30 giorni dall' arrivo in Segreteria per non incorrere in sanzioni ai sensi della vigente normativa (art. 4, comma 18, Legge 412/90; art. 5, comma 8, Legge 407/90; art. 1, comma 796, lett. R, Legge 296/06).

11. Il referto potrà anche essere ritirato da una persona diversa, purchè si presenti con una delega scritta e firmata dal paziente, in carta semplice, corredata da fotocopia di un documento d'identità del paziente.

**L'intervento potrebbe avere effetti indesiderati quali:**

- Infezione della ferita che si manifesta nei giorni successivi con la comparsa di dolore, arrossamento e tumefazione nella zone operata;
- Formazione di ematoma sotto la cicatrice per rottura di qualche vaso con la comparsa di chiazze violacee;
- Presenza di una ipopigmentazione o iperpigmentazione residua non preventivabile all'inizio e difficilmente trattabile ma spesso autorisolvendosi;
- Formazione di cicatrice ipertrofica/cheloide che compare nelle settimane successive alla rimozione dei punti con l'ispessimento della cicatrice e la comparsa di prurito. Qualora il paziente abbia già avuto, in caso di precedenti interventi, la comparsa di un cheloide ne deve informare il medico;
- Formazione di una cicatrice depressa.

.....  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Modulo consegnato al paziente/scaricato dal sito/prelevato in sala di attesa il giorno \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Firma paziente (o legale rappresentante) \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Firma di eventuali testimoni \_\_\_\_\_