

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI ASPORTAZIONE DI XANTELASMI

L'intervento di ASPORTAZIONE DEGLI XANTELASMI consiste nell'exeresi chirurgica o con LASER o con radiofrequenza o con arco voltaico del tessuto accumulatosi nel sottocute delle palpebre superiori e/o inferiori. Nel caso in cui l'asportazione sia di tipo chirurgico la ferita viene chiusa con punti di sutura che vengono rimossi dopo circa 7 giorni. Se invece viene utilizzato il laser o la radiofrequenza o l'arco voltaico non vi saranno punti di sutura, la ferita cicatrizzerà dopo alcuni giorni e la cute che ricoprirà la ferita, in alcuni casi, potrà essere di colore leggermente diverso dalla cute circostante.

Un edema delle palpebre e dolore sono da considerarsi normali per i primi giorni che seguono l'operazione. Normalmente vengono prescritte pomate antibiotiche e/o antinfiammatorie e/o vasellina bianca. I risultati definitivi vengono valutati dopo alcuni mesi e dipendono dal tipo di cute del paziente, dal tipo di cicatrizzazione di ognuno e dalla sede degli xantelasmi. Nel caso in cui gli xantelasmi siano localizzati nella zona mediale della palpebra e vicini al canto interno è possibile la formazione di una piega cutanea(epicanto). La recidiva può intervenire anche se l'asportazione è stata completa e, nel caso in cui siano associati ad una ipercolesterolemia, è fondamentale trattare quest'ultima.

L'intervento è generalmente privo di rischi, tuttavia possono essere riscontrate le seguenti complicanze:

- **Cicatrice ipertrofica con formazione di cheloidi**
- **Ipopigmentazione o iperpigmentazione della cicatrice (cicatrice più chiara o più scura)**
- **Formazione di piega epicantale**
- **Infezione**
- **Ectropion della palpebra (eversione del bordo palpebrale)**
- **Ptosi (abbassamento della palpebra superiore)**

Tali complicanze possono verificarsi anche a seguito di un intervento correttamente condotto. I risultati dell'intervento vanno valutati dopo alcuni mesi ed alcune imperfezioni possono richiedere atti chirurgici complementari.

Dichiaro che il Medico mi ha informato sulle caratteristiche e sulla prognosi della malattia che mi affligge:

Mi ha illustrato le varie possibilità terapeutiche per la patologia che presento ed in particolare il tipo di trattamento da lui ritenuto più indicato nel mio caso.

Mi ha esposto il concetto di “rischio chirurgico generico” ed in particolare i possibili rischi, sequele e complicanze nonché le caratteristiche del decorso post-operatorio che il piano di trattamento comporta.

Mi ha spiegato che qualsiasi tipo di trattamento agendo su un essere vivente portatore di una sua individualità fisiologica e patologica non consente di fornire “garanzia di risultato” ma solo impegno a mettere in opera secondo scienza e coscienza mezzi tecnici necessari ad eseguire con normale buon livello tecnico l'intervento chirurgico.

Ritengo inoltre di essere stato sufficientemente ed esaurientemente informato in modo a me comprensibile e chiedo pertanto di eseguire i procedimenti diagnostici e terapeutici, con particolare riferimento alle anestesie generali o locali ed agli interventi chirurgici ritenuti necessari nel mio interesse.

Dichiaro di aver meditato queste informazioni, aver compreso i possibili benefici ed i rischi di tale intervento, ed essendo consapevole delle aspettative e delle possibili complicanze.

Privacy e GDPR

1) Ai sensi della legge sulla Privacy (n°675del31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) conferisco il consenso ad effettuare su di me fotografie e/o riprese video prima, durante e dopo il trattamento, che saranno archiviate anche in vista delle successive visite di controllo per poter valutare l'evoluzione dell'intervento, dei processi di guarigione. Questo conferimento di consenso all'utilizzo dei dati è indispensabile per poter usufruire delle prestazioni.

2) Ai sensi della suddetta legge sulla Privacy (n° 675 del 31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) consento l'utilizzo delle suddette fotografie per scopi scientifici per congressi medici, pubblicazioni a mezzo stampa ed anche digitale, su siti internet, per utilizzo con finalità divulgativo, didattiche, scientifiche con la garanzia dell'anonimato. Questo conferimento di dati è facoltativo e l'autorizzazione è revocabile con le modalità e forme e i limiti di cui al regolamento per la tutela della privacy adottato dallo studio consultabile presso la Direzione della struttura ed è regolato dal consenso sul trattamento dei dati da me già sottoscritto.

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di aver letto e compreso in ogni sua parte quanto da me sottoscritto, dopo esserne stata/o dettagliatamente informata/o.

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

Milano, data

Firma del paziente

Per specifica accettazione ed autorizzazione del punto n°2 del presente documento relativo alla legge sulla Privacy (n° 675 del 31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) regolato in base al consenso per la tutela della privacy e la protezione dei dati da me sottoscritto.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Firma del paziente

Firma del medico