	DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA DERMATOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER LIPOFILLING/AUTOTRAPIANTO DI TESSUTO ADIPOSO	UOC DM – UOSD CHIRURGIA PLASTICA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO E RIGENERATIVO MOD 05-2022 Rev. 00 07.03.2022 PAG 1 DI 2
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gentile Signora,
Egregio Signore,

La **informiamo** che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la patologia di cui Lei è affetto è:

- CICATRICE DISTROFICA/RETRAENTE**
- LICHEN SCLEROSUS GENITALE**
- ESITO DI INTERVENTO CHIRURGICO**

La **informiamo** che l'intervento previsto, che verrà effettuato in anestesia generale/locale con sedazione, consisterà in:

LIPOFILLING/AUTOTRAPIANTO DI TESSUTO ADIPOSO

La **informiamo** che il lipofiling/autotrapianto di tessuto adiposo consiste nel prelievo di tessuto adiposo dalle regioni donatrici e precisamente da addome, regione interna delle cosce, regioni trocanteriche, fianchi, interno ginocchia, nella decantazione o centrifugazione dello stesso e nel trapianto del tessuto adiposo purificato, nella zona da trattare.

La **informiamo** che le conseguenze potranno essere (inclusi i rischi correlati):


- ripristino del trofismo del tessuto trattato,
- ripristino o miglioramento del profilo delle zone trattate.

Complicanze possibili:

- edema;
- infezione;
- necrosi;
- necessità di reinterventi;
- mancato attecchimento del tessuto trapiantato;
- cicatrici ipertrofiche/cheloidiche.

La **informiamo** che esistono tuttavia dei rischi inevitabili, correlati con la chirurgia demolitiva a cui Lei consente di sottoporsi e a condizioni individuali, che fanno sì che il rischio residuo di queste complicanze non sia mai uguale a zero.

Per questo motivo, sebbene l'intento sia quello di curarla diminuendo il più possibile gli effetti collaterali della terapia chirurgica, è necessario che Lei consenta a sottoporsi alle procedure sopra indicate, considerando però la possibilità che in alcuni casi, non tutte verranno effettuate o che altre al momento non prevedibili,

	<p align="center">DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA DERMATOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER LIPOFILLING/AUTOTRAPIANTO DI TESSUTO ADIPOSO</p>	<p>UOC DM – UOSD CHIRURGIA PLASTICA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO E RIGENERATIVO MOD 05-2022 Rev. 00 07.03.2022 PAG 2 DI 2</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

possano rendersi necessarie.

La informiamo che non esiste nessun trattamento naturale altrettanto valido.

La informiamo che utilizzeremo i tessuti e/o organi, eventualmente asportati durante l'intervento, per formulare una diagnosi isto-patologica.

La informiamo che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma li ___/___/___