



## CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI ASPORTAZIONE DI XANTELASMI

Informazioni in merito al caso clinico del/della Sig./Sig.ra/Sig.na

.....

nato/a ..... il.....

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.

Io sottoscritto/a

.....  
.....

Dichiaro che il Dr./Prof.

..... 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 i 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 al Dr./Prof.

..... di eseguire i procedimenti diagnostici e terapeutici, con particolare



riferimento alle anestesie generali o locali ed agli interventi chirurgici da egli 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.

Autorizzo infine l'esecuzione eventuale di fotografie, riprese cinematografiche o televisive inerenti all'affezione ed il suotrattamento, nonché la loro utilizzazione, unitamente ai dati relativi alla malattia, per scopi medici, scientifici, educativi e divulgativi, ammesso che la mia identità non sia rivelata d ai Testi.

Data: ...../...../.....

L'oculista

.....

Il paziente (o suo tutore legale)

.....