



**CONSENSI DI GINECOPLASTICA  
VALIDATI DA SICPRE  
a cura di M. Brambilla e S. de Fazio**

CONSENSO INFORMATO

**LIPOFILLING DELLA REGIONE VULVARE**

DATI DELLA PAZIENTE:

COGNOME E NOME:.....  
NATA IL \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ LUOGO .....

QUESTA INFORMAZIONE AL CONSENSO VIENE PRESTATATA A:

- Paziente
- Genitori (per i minori di indicare i dati dei due genitori)  
Primo genitore: cognome e nome.....Nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Secondo genitore: cognome e nome.....Nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- Tutore o amministratore di sostegno  
cognome e nome.....Nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dal dott. cognome e nome.....

1. CONDIZIONI E MOTIVAZIONI CLINICHE PER CUI SI PROPONE IL TRATTAMENTO DI LIPOFILLING DELLA REGIONE VULVARE

Il tessuto adiposo è un'ottima fonte di cellule dalle capacità rigenerative.  
Il trapianto adiposo o lipofilling è la metodica che permette di trapiantare a distanza dalla zona donatrice tessuto adiposo autologo (proprio) opportunamente prelevato e trattato.  
La letteratura è concorde nell'attribuire a questo preparato adiposo potenzialità rigenerative, antinfiammatorie e antidolorifiche.  
Pertanto l'impianto il tessuto adiposo è indicato nelle condizioni di infiammazione, di atrofia, retrazione tissutale e dolore locale.  
Dette condizioni cliniche possono essere determinate da numerose patologie.  
Inoltre il tessuto adiposo impiantato determina un aumento di volume nella regione ricevente.

Lo studio e la comprensione della condizione clinica è alla base della scelta terapeutica.

Nel caso specifico la paziente è affetta da:

- .....
- .....
- .....
- .....

Nel caso specifico la paziente è attualmente in cura con:

- .....
- .....
- .....
- .....

Nel caso specifico la paziente è già stata trattata senza successo con:

- .....
- .....
- .....
- .....

La paziente ha compreso le condizioni cliniche per cui si propone l'intervento?

- Sì     NO

## 2. INFORMAZIONI SUL LIPOFILLING

A seconda della dimensione delle particelle del preparato adiposo si possono avere le seguenti preparazioni: fat graft, microfatgraft, nanofatgraft e millifatgraft.

A seconda della metodica di preparazione si può avere un preparato adiposo esclusivamente lavato e decantato oppure centrifugato.

A seconda della metodologia di trapianto, il tessuto adiposo può essere innestato mediante cannula oppure ago, potendo abbinare in questo ultimo caso la lisi percutanea o Rigottomie - dal

nome dell'ideatore -, ovvero sezione delle fibre cicatriziali mediante ago introdotto attraverso la cute.

Non è possibile predeterminare il numero esatto di sessioni di lipofilling, in quanto legate a condizioni locali e talvolta sistemiche.

La tipologia di preparazione è la seguente

.....

La metodica proposta di preparazione è la seguente

.....

La paziente ha compreso la tecnica proposta?

Sì    NO

### 3. INFORMAZIONI SU RISCHI, SEQUELE E COMPLICANZE RELATIVE ALLA PROCEDURA DI LIPOFILLING

Le sequele e complicanze specifiche legate alla procedura sono le seguenti:

-**ecchimosi** (stravasamento di sangue superficiale): è una conseguenza transitoria e spesso inevitabile che scompare nel giro di qualche giorno

-**edema** (gonfiore): è una conseguenza transitoria del trattamento che scompare nel giro di qualche giorno

-**ematoma** (raccolta di sangue): può necessitare di rimozione per drenaggio manuale (squeezing) o drenaggio e revisione chirurgici

-**sieroma** (raccolta di liquido): evenienza rara che può richiedere drenaggio manuale (squeezing)

-**infezione**: richiede trattamento con antibiotico-terapia mirata e può determinare sofferenza tissutale e può esservi necessità di evacuare il tessuto adiposo impiantato

-**cicatrici anomale**, ipertrofiche, cheloidee, atrofiche: il processo di cicatrizzazione è condizionato da molteplici fattori: l'applicazione della tecnica chirurgica idonea, l'insorgenza di complicanze post operatorie quali ematomi, deiscenza (distacco dei lembi della ferita), infezioni, cause genetiche, patologie individuali quali diabete, ecc... Talvolta le cicatrici possono essere dolenti soprattutto alla palpazione. Nella maggior parte dei casi si tratta di un effetto transitorio e che scompare in alcuni mesi, sebbene raramente il dolore possa diventare permanente

-**alterazione della sensibilità**: la sensibilità può ridursi temporaneamente e in rari casi essere permanente

-**sofferenza tissutale** (da trauma, cause vascolari, infezione ecc): può determinare un processo di guarigione ritardato, la perdita parziale dei tessuti e talvolta il distacco dei lembi suturati. Questa condizione può necessitare di revisione chirurgica

-**asimmetrie**: la comparsa o persistenza di asimmetrie può richiedere procedure correttive secondarie

-**mancato o parziale attecchimento del tessuto adiposo**: la percentuale di attecchimento del tessuto adiposo impiantato non è prevedibile, quindi deve essere contemplata in alcuni casi

la necessità di eseguire uno o più interventi secondari di innesto di tessuto adiposo per ottimizzare i risultati

**-necrosi del tessuto adiposo:** se il tessuto adiposo impiantato non attecchisce questo può determinare liponecrosi, ovvero trasformazione del tessuto adiposo in tessuto non vitale. La liponecrosi determina la comparsa di cisti oleose o cisti calcifiche anche palpabili e dolorose da rimuovere per una riduzione dei sintomi

**-complicanze della zona di prelievo del tessuto adiposo** in caso di lipofilling o iniezioni di nanofat: si possono determinare avvallamenti, cicatrici retraenti, asimmetrie, tali da richiedere procedure correttive secondarie. Inoltre possono comparire ecchimosi, ematomi e infezioni

La paziente ha compreso le possibili complicanze?

Sì    NO

#### 4. OBIETTIVI E BENEFICI AUSPICATI E ATTESI

I benefici attesi sono i seguenti:

- miglioramento del trofismo (stato di salute della parte)
- miglioramento della elasticità tessutale
- miglioramento della sintomatologia dolorosa preesistente

#### 5. POSSIBILI ALTERNATIVE A QUANTO PROPOSTO:

Il lipofilling, parimenti ad altre strategie rigenerative, deve essere preso in considerazione in caso di fallimento delle terapie mediche standard, ovvero riconosciute dalle linee guida nazionali e internazionali. Può essere inoltre associato ad esse in terapia combinata.

Trattandosi di terapia locale, non può considerarsi sostitutivo di terapie sistemiche.

La paziente ha compreso le possibili alternative?

Sì    NO

#### DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a .....

dichiaro di aver informato.....

di aver dato tutte le informazioni trattate all'interno del presente modulo di consenso in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e di prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa

Data ...../...../.....

Firma .....

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritta dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e il trattamento proposto anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Valutate le informazioni ricevute:

- ACCONSENTO                       NON ACCONSENTO

A essere sottoposta alla procedura di

.....

Data ...../...../.....

Firma .....

CONSENSI DI GINECOPLASTICA VALIDATI DA SICPRE  
a cura di M. Brambilla e S. de Fazio

SICPRE