

---

**CONSENSO INFORMATO agli interventi di  
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI NEOFORMAZIONI**

Gentile paziente,

con il presente documento Lei viene informato/a che per la cura della patologia che Le è stata diagnosticata si procederà con un intervento ambulatoriale che prevede l'asportazione chirurgica di una neoformazione cutanea. Tale intervento verrà eseguito dal Medico Specialista Dott.ssa Stefania Peruzzo, secondo consolidate tecniche dell'arte medica, con perizia, prudenza e diligenza. Ciò premesso è dovere del Medico Specialista, informarla adeguatamente di tutti gli aspetti inerenti tale intervento. Pertanto Lei, sottoscrivendo il presente documento di CONSENSO INFORMATO, oltre ad acconsentire all'esecuzione dell'intervento detto, conferma altresì di essere stato/a adeguatamente informato/a sui seguenti punti.

**Metodologia di intervento**

L'intervento di asportazione chirurgica di neoformazione viene normalmente eseguito in anestesia locale (infiltrazione di lidocaina al 2%). La neoformazione viene asportata mediante un bisturi di forma opportuna, intervenendo su un'area cutanea di adeguata estensione. Segue quindi l'eventuale sutura della ferita. Il tessuto chirurgicamente asportato, se ritenuto opportuno, può essere inviato allo Specialista Anatomico-Patologo per l'esame istologico.

**Alternative terapeutiche**

Esistono trattamenti alternativi all'intervento di asportazione chirurgica che sono:

- curettage chirurgico
- asportazione mediante laser
- diatermocoagulazione
- crioterapia

Tutte queste tecniche sono di tipo distruttivo, pertanto non consentono un'eventuale successiva analisi istologica del tessuto eliminato.

**Obiettivi e benefici dell'intervento**

L'asportazione chirurgica di una neoformazione è generalmente un trattamento unico e definitivo. Ciò nonostante, anche dopo un'asportazione radicale è possibile incorrere in una o anche più recidive. Ciò comporta la necessità di ulteriori interventi. In generale i risultati in termini di guarigione e tempi della stessa sono comunque buoni.

**Esiti prevedibili del mancato trattamento.**

La mancata asportazione della neoformazione potrebbe portare a un proliferare della stessa e ad una sua trasformazione neoplastica.

**Rischi legati al trattamento**

I rischi più comuni del trattamento di asportazione chirurgica sono:

- dolore, se presente è normalmente di modesta entità;
- modesto e temporaneo sanguinamento della zona trattata, raramente emorragia soprattutto in soggetti ipertesi;
- possibile e normale comparsa di ecchimosi (lividi) nell'area vicina a quella di intervento, rara insorgenza di ematomi soprattutto in soggetti ipertesi;
- possibile riapertura spontanea della ferita (deiscenza), eventualità più frequente in pazienti diabetici;
- possibile infezione della cute trattata in assenza di medicazione quotidiana secondo le indicazioni ricevute dal Medico Specialista.

**Esiti cicatriziali dell'intervento**

Come ogni atto chirurgico, anche l'asportazione di neoformazioni produce inevitabilmente delle cicatrici. Ad alcuni mesi dall'intervento, grazie anche all'estrema localizzazione dell'asportazione, le cicatrici risultano normalmente di piccole dimensioni, poco appariscenti e tendono a scomparire nel tempo. Esiste comunque la possibilità che le cicatrici possano perdurare definitivamente.

Sulla cute trattata, andrà progressivamente a formarsi una crosta che poi cadrà naturalmente. I possibili esiti cicatriziali sono una iper- o ipo-cromia dell'area trattata, atrofia cicatriziale, formazione di cheloidi in soggetti predisposti. Il tempo necessario per il recupero funzionale cutaneo è di circa 1-3 settimane.

**Prescrizioni post-intervento**

Nelle quattro settimane successive al trattamento chirurgico, va evitata l'esposizione della cute trattata ai raggi UV (luce solare diretta e lampade abbronzanti), così come vanno evitate eventuali manovre traumatizzanti (sfregamento della cute, uso di detersivi inadeguati, contatto con sostanze aggressive), che aumenterebbero il rischio di effetti collaterali.

---

Io sottoscritto/a, compreso e preso atto di quanto sopra, confermo che la Dott.ssa Stefania Peruzzo mi è ha fornito ampia spiegazione sull'intervento di asportazione chirurgica di neoformazioni cutanee necessario a trattare la patologia diagnosticatami, al quale quindi acconsento senza riserve, sollevando la Dott.ssa Peruzzo da ogni responsabilità e conseguenza che derivi dall'atto chirurgico dalla stessa eseguito.

Al fine di avere un riscontro obiettivo dei risultati ottenuti nel tempo rispetto alla situazione pre-trattamento, acconsento altresì che il Medico Specialista Dott.ssa Stefania Peruzzo possa acquisire immagini cliniche delle aree cutanee in trattamento, fermo restando che tali immagini saranno conservate nella mia personale cartella clinica e non potranno essere utilizzate per nessun altro scopo da quello qui rappresentato.

Il Paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente: \_\_\_\_\_

(in caso di minore, firma del soggetto esercitante la potestà)