

RICEVO IL PRESENTE CONSENSO DOPO AVERLO DISCUSO E COMPRESO CON IL DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO IN DATA ____/____/____ CONTESTUALMENTE ALLA PRIMA VISITA EFFETTUATA, HO AVUTO IL TEMPO DI LEGGERLA E CHIEDERE TUTTI I CHIARIMENTI AL DOTT. LEONARDO M. IOPPOLO

Lo scopo del seguente modulo di consenso è di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio preoperatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi connessi con all'intervento di LIPOFILLING

La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

Il lipofilling è indicato per l'incremento del volume delle aree depresse congenite o post traumatiche o conseguenti a trattamenti chirurgici.

Oltre all'effetto volumetrico il tessuto adiposo possiede capacità rigenerative legate alla presenza di cellule staminali che vengono trasferite contestualmente a quelle adipose. Questo effetto biologico si è dimostrato fondamentale nel miglioramento delle aree cicatriziali.

PRIMA DELL'INTERVENTO DI LIPOFILLING:

Informare il chirurgo di qualsiasi eventuale trattamento con farmaci (soprattutto cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, ecc.).

- Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Cemerit, Vivin C, ecc).
- Eliminare o ridurre il fumo almeno una settimana prima dell'intervento.
- Segnalare immediatamente l'insorgenza di raffreddore, mal di gola, tosse, malattie della pelle.
- Organizzare, per il periodo post-operatorio, la presenza di un accompagnatore/trice, che può essere utile, anche se non indispensabile.
- **Procurarsi una guaina elastica adatta all'area trattata**

ALLA VIGILIA DELL'INTERVENTO DI LIPOFILLING:

Praticare un accurato bagno di pulizia completo; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi. Non assumere cibi né bevande, a partire dalla mezzanotte, se l'intervento è praticato in narcosi.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO DI LIPOFILLING:

Mantenere rigorosamente il digiuno se l'intervento è praticato in narcosi.

Indossare un indumento da notte completamente apribile sul davanti con maniche molto comode.

ANESTESIA

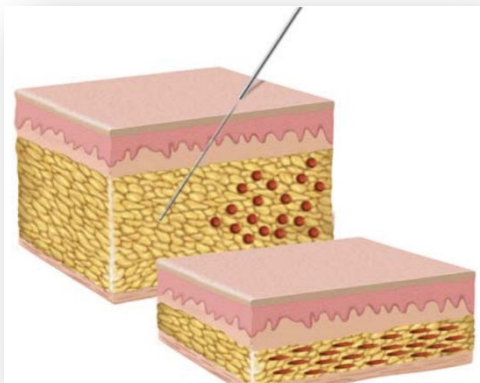
La scelta del tipo di anestesia, che terrà conto anche delle preferenze individuali, dipende dalla quantità di tessuto adiposo da trapiantare e dalla sua localizzazione: per piccoli volumi l'intervento può essere eseguito in anestesia locale; volumi maggiori possono essere lavorati con anestesia peridurale o spinale (anestesia limitata agli arti inferiori) oppure con anestesia locale associata a sedazione o l'anestesia generale.

MODALITÀ E DURATA DELL'INTERVENTO

A seconda dell'entità e dell'estensione delle zone trattate, l'intervento può essere realizzato ambulatorialmente, in regime di day surgery o con degenza notturna

La durata dell'intervento dipende dalla quantità del tessuto adiposo da innestare, dal numero e dall'estensione delle sedi da trattare. Va in generale dall'1 alle 3 ore.

Firma paziente: _____



La quantità di grasso asportabile è limitata e determinata di volta in volta dal chirurgo, in base alle caratteristiche del singolo paziente.

All'intervento residuano cicatrici cutanee di minima estensione (pochi millimetri), in genere collocate in corrispondenza di solchi cutanei naturali e perciò destinate a diventare poco visibili.

Attraverso queste cicatrici si procederà prima all'infiltrazione della soluzione anestetica/vaso costrittiva (che serve a ridurre le perdite ematiche), sia all'aspirazione del tessuto adiposo attraverso delle cannule di piccole dimensioni.

SEDE DI INNESTO:

Previa eliminazione dei liquidi di infiltrazione, del siero e delle cellule danneggiate il tessuto adiposo viene reinserito tramite sottili cannule introdotte da incisioni di 2-3 mm di lunghezza. L'adipe viene innestato nel contesto del tessuto sottocutaneo.

DOPO L'INTERVENTO DI LIPOFILLING:

Nei giorni immediatamente successivi la lipoaspirazione, potranno essere avvertiti fastidi ed indolenzimenti con sensazione di gonfiore in corrispondenza delle zone trattate (donatrici e innesto). In particolare durante l'esecuzione di alcuni movimenti e nella variazione delle posizioni a letto. Nel corso delle prime ore dopo l'intervento è normale la perdita di sangue e liquidi dai piccoli fori cutanei. Qualora si verificassero svenimenti, cefalea, profonda spossatezza, è necessario contattare mediamente il Chirurgo.

Il periodo di riposo da osservare dopo l'intervento è dipendente dalla quantità del tessuto aspirato, dall'estensione e dalla sede delle aree trattate e varia da uno a sette giorni.

In questo periodo è opportuna una graduale ripresa della deambulazione, in quanto favorisce lo smaltimento del gonfiore e limita i rischi di formazione di trombi nelle vene delle gambe. È da evitare, invece, la prolungata stazione eretta senza camminare (ad esempio, stirare, ecc.).

Un rialzo termico è spesso rilevato nei primi giorni post-operatori; non è necessariamente segno d'infezione, ma deve essere segnalato al Chirurgo.

Per i primi 4-5 giorni post-operatori dovrà proseguire l'assunzione di antibiotici, nel caso ciò sia stato prescritto dal Chirurgo.

Per sette giorni indossare la guaina elastica posta dal Medico senza mai toglierla. Successivamente, per due settimane, è preferibile indossare almeno durante il giorno la guaina o in alternativa calze elastiche da 70 denari.

È possibile praticare una doccia di pulizia e riprendere eventuali attività sportive solo dopo la rimozione dei punti.

Per almeno 1 mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA).

Per i sei mesi successivi protezione solare 50+ è fortemente consigliata per evitare macchie cutanee.

ASTENSIONE TOTALE DA FUMO PER ALMENO 6 SETTIMANE dall'intervento, la percentuale di adipociti che riescono a essere rivascolarizzati è fortemente influenzata dal fumo di sigaretta.

RISCHI LEGATI ALL'INTERVENTO

- Il rischio di *emorragie* è piuttosto basso in caso di lipoaspirazione, mentre è normale la presenza di lividi (ecchimosi), anche estesi a seguito del trauma causato dalle cannule;
- *Ematomi* di piccole dimensioni sono frequenti e non comportano esiti sfavorevoli, né necessità di trattamento. Quelli di maggiori dimensioni, più rari e più frequentemente localizzati a livello addominale, possono richiedere l'aspirazione o l'evacuazione chirurgica.
- In caso di *sieroma* (accumulo di liquido giallo trasparente), può essere necessaria l'aspirazione con siringa e solo molto raramente una revisione chirurgica.
- Le *infezioni*, molto rare, vengono trattate con antibiotici per via generale e, a meno che non comportino raccolte purulente, non necessitano d'intervento chirurgico.
- La *necrosi cutanea* è rara e più frequente con l'utilizzo della metodica ad ultrasuoni

- L'*edema persistente* (gonfiore prolungato) della zona operata, pur raro, è più frequente nelle aree declivi (gambe, caviglie) e si risolve spontaneamente o con linfodrenaggio nell'arco di 2-3 mesi.
- L'evenienza di *tromboembolie* è rara, anche se maggiore rispetto ad altri interventi di Chirurgia Plastica; la frequenza può essere minima in assenza di fattori di rischio ed in caso di lipoaspirazioni di modesta o discreta entità, in presenza di una precoce mobilizzazione; è invece più importante in caso di lipoaspirazioni di maggior entità con immobilizzazione a letto. Soprattutto in tali casi, è indicata una profilassi antitromboembolica per almeno 14 giorni.
Al fine di rendere minimo il rischio di tromboembolie è molto importante la mobilizzazione degli arti inferiori immediatamente dopo l'intervento e la deambulazione il più precocemente possibile.
- **Riassorbimento totale o parziale dell'innesto adiposo per mancato attecchimento**
- Irregolarità della superficie cutanea sull'area donatrice o ricevente
- Formazione di piccole cisti avvertibili alla palpazione e/o alla vista che possono richiedere aspirazione o saporazione chirurgica. Queste cisti possono andare incontro a calcificazione. Le calcificazioni da lipofilling e quelle da neoplasia presentano dei caratteri specifici che permettono la loro differenziazione a un occhio esperto.

RISULTATI

Il risultato del singolo trattamento non è pienamente prevedibile, in quanto dipende dalla percentuale di adipociti che attecchiscono. Il risultato è da considerarsi definitivo a 12 mesi dal trattamento.

La procedura è ripetibile fino al raggiungimento degli obiettivi volumetrici prefissati, il numero totale degli interventi necessari sarà rapportato alle quantità trasferite ad ogni intervento e alla loro percentuale di attecchimento

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO DI LIPOFILLING

Io sottoscritto/a: nome _____ cognome _____ nato/a

a _____ il: _____

DICHIARO di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda.

L'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito alle zone trattate moderato dolore, che si attenuerà in un periodo variabile di pochi giorni fino a scomparire completamente a qualche settimana dall'intervento. È normale che si manifestino sulle regioni trattate delle ecchimosi destinate a scomparire nell'arco di 15 - 20 giorni.

La sensibilità della pelle potrà talora rimanere alterata in piccole zone per un breve periodo, raramente in modo permanente.

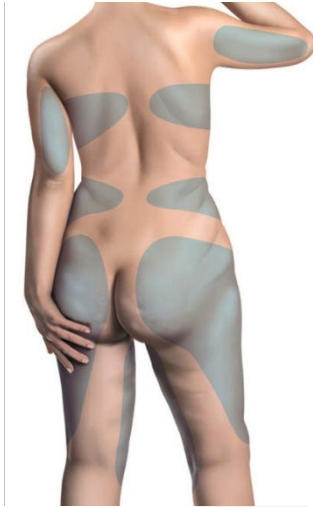
La qualità delle cicatrici è indipendente dalla tecnica chirurgica ma legata alla reattività individuale, potrebbe esitare anche una leggera iperpigmentazione.

In rari casi si possono verificare delle raccolte ematiche o sierose, necrosi cutanee e processi infettivi.

L'entità del risultato (che sarà proporzionato sia alla qualità dei tessuti che alla conformazione e alle condizioni antecedenti all'intervento) potrebbe non essere quello atteso dalla paziente concordato durante le visite precedenti.

Il/La sottoscritto/a è stato/a inoltre informato/a in modo chiaro e comprensibile circa tutti i rischi generici e specifici, anche se marginali, riguardanti sia la preparazione che l'esecuzione dell'intervento chirurgico, in quanto la legge prescrive che il paziente sia edotto preventivamente che ogni intervento chirurgico può comportare morte, embolia, cecità, lesioni nervose (paralisi, paresi, parestesie), infezioni locali e generalizzate, emorragie, necrosi tissutali.

Firma paziente: _____



Le aree donatrici sono segnate con una X



AUTORIZZO

Il dr. Leonardo Ioppolo ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di:

SEDE DI PRELIEVO: _____

Lipofilling A LIVELLO: _____

AUTORIZZO

Il dr. Leonardo M. Ioppolo e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche.

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

Dichiaro di essere a conoscenza che, in caso di risultato oggettivamente insoddisfacente, non attribuibile ad inconveniente fortuito, avrò diritto solo al "danno patrimoniale" assumendo a mio rischio il danno non patrimoniale.

SONO CONSAPEVOLE CHE ULTERIORI INTERVENTI SECONDARI CORRETTIVI POTREBBERO ESSERE NECESSARI (AD ESEMPIO IN CASO DI ATTECCHIMENTO PARZIALE). QUESTI INTERVENTI SONO DA CONSIDERARSI UN ULTERIORE INTERVENTO CON RELATIVA NUOVA PARCELLA DA CORRISPONDERE AL CHIRURGO E ALLA STRUTTURA SANITARIA IN CUI VERRANNO ESEGUITI

Firma paziente: _____

Sono consapevole che in caso di complicazioni o effetti collaterali o risultati poco soddisfacenti conseguenti all'intervento dovrò informarne con sollecitudine il Dott. Leonardo Ioppolo (tel. 3492899140) che metterà in atto un tempestivo e adeguato trattamento secondo le buone regole della Medicina. Qualora non informassi il Dott. Leonardo Ioppolo sono consapevole che egli si riterrà sollevato da ogni responsabilità sull'evoluzione del mio caso e non si riterrà responsabile di correzioni o consigli forniti da altri Colleghi.

CONSIDERAZIONI SPECIFICHE DEL CASO DISCUSSE PREOPERATIVAMENTE:

DATA E LUOGO _____

FIRMA DEL PAZIENTE: _____

Dr. Leonardo M. Ioppolo Omceo RC 9707

Firma paziente: _____

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili delle mie immagini e rinuncia ai diritti di immagine ed ai relativi compensi

La legge stabilisce che la persona abbia diritto a ricevere le informazioni circa la finalità e la modalità di trattamento dei suoi dati personali e che l'interessato presti il proprio consenso espresso per iscritto. Il trattamento dei dati, per i quali viene chiesto il consenso, si rende necessario per assolvere agli obblighi di legge e per le seguenti finalità:

- **inserimento dei dati su supporto informatico e cartaceo da parte del Dottor Leonardo Michele Ioppolo per la gestione dell'archivio**

- **utilizzo dei dati, ivi comprese le immagini, per le finalità professionali del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e per le attività e servizi da esso svolti**

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Dott. Leonardo Michele Ioppolo.

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo.

Finalità del trattamento

Il conferimento dei suoi dati personali sarà finalizzato ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, da parte del Dott. LEONARDO MICHELE IOPPOLO. Tale conferimento è obbligatorio e pertanto un suo eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterà la impossibilità di procedere allo svolgimento delle attività sanitarie e di adempiere agli obblighi previsti dalla legge;

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente Informativa, - I dati saranno conservati fino a revoca del consenso, o per il tempo strettamente necessario ai fini per i quali sono stati raccolti, fatti salvi i periodi di conservazione obbligatori previsti dalle normative di riferimento;

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione a soggetti esterni alla IO MEDICAL STP RL senza il suo consenso.

I Suoi dati personali potranno essere comunicati a terzi esclusivamente per lo svolgimento delle attività connesse all'erogazione dei servizi del dott. LEONARDO MICHELE IOPPOLO (ns. collaboratori autorizzati al trattamento dei dati), per adempimenti obbligatori di natura fiscale/amministrativa e/o ad autorità, enti e/o soggetti a cui i dati devono essere comunicati per adempimenti di legge (es.: esenzione iva intervento);

- Il trattamento dei dati sarà effettuato con modalità cartacee, informatiche, telematiche e fotografiche e non saranno utilizzati strumenti per processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;

b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

d) ottenere la limitazione del trattamento;

e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;

h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo e-mail leonardoioppolo@gmail.com o tramite servizio postale presso l'indirizzo della sede legale.

la sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

DICHIARO

Di conoscere: il nominativo e la sede del titolare del trattamento, nonché l'identità del responsabile; i diritti di cui all'art. 13; le modalità del trattamento cui sono destinati i dati; i dati i cui conferimento ha natura obbligatoria, i dati i cui conferimento ha natura facoltativa, e le conseguenze di un eventuale rifiuto; i soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei medesimi;

Per espressa ricevuta dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e per l'attestazione di averne ben compreso il contenuto e di aver avuto modo e tempo di porre ogni quesito al Dottor Leonardo Michele Ioppolo circa il trattamento e la conservazione dei miei dati, anche sensibili, e dei miei relativi diritti.

☐ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso

Diritti d'immagine

Io sottoscritto mi impegno sin d'ora a non sollevare eccezioni contro la pubblicazione di fotografie, riprese o riproduzioni grafiche sia digitali che cartacee, in seno a siti internet, manifestazioni organizzate dal Dottor Leonardo Michele Ioppolo o da suoi partner promo-pubblicitari. L'utilizzo della mia immagine a trasmissioni, manifestazioni, pubblicazione di articoli, interviste, fotografie, riprese video, riproduzioni di qualsivoglia genere, inserimento in canali web non darà diritto ad alcun compenso.

Il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è autorizzato ad utilizzare le mie fotografie per gli scopi che riterrà più opportuni nell'ambito della propria attività professionale:

- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di utilizzare, in qualunque forma e modo, in Italia e all'estero, le mie immagini, sia in forma digitale che mediante qualsivoglia riproduzione senza limitazioni di vincolo, per tutti i fini, anche se solo connessi all'attività svolta.

- che il materiale fornito potrà essere inserito nei canali web di titolarità del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e in ogni supporto cartaceo, quali opuscoli, rivista ecc.

- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di effettuare elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini, in qualunque formato e con qualunque mezzo;

- che per le elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini e della sua prestazione, in qualunque formato e con qualunque mezzo, che sarà comunque facoltà del Dottor

Leonardo Michele Ioppolo utilizzare, e per tutto quanto fin qui convenuto, nonché per quanto eventualmente spettante in virtù delle disposizioni in materia di diritto d'autore, in vigore tempo per tempo, rinuncia alla corresponsione di qualsivoglia compenso e/o rimborso spese.

☐ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso alla pubblicazione delle mie immagini

Trasmissione dei dati al Sistema TS

La vigente normativa fiscale impone al medico di trasmettere periodicamente al sistema Tessera Sanitaria i suoi dati (codice fiscale, riferimenti di importo e numero di ricevuta emessa) al fine della compilazione della dichiarazione dei redditi pre-compilata. E' suo diritto esercitare l'opposizione ai sensi della vigente normativa privacy e non richiedere la trasmissione di una o di tutte le ricevute fiscali al sistema TS. IL DOTT. IOPPOLO apporrà un timbro o una indicazione sulla ricevuta relativa all'opposizione e sarà sua facoltà valutare con il suo commercialista/consulente fiscale/CAF quali ricevute aggiungere manualmente alla dichiarazione dei redditi ai fini delle detrazioni.

La richiesta di opposizione deve essere effettuata alla segreteria all'atto dell'emissione della ricevuta sanitaria.

☐ esprimo il consenso a invio della fattura al sistema TS ☐ voglio evitare che la mia fattura venga inviata al sistema

Firma paziente: _____

COSA FARE PRIMA DELL'INTERVENTO

Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Vivin C, ecc) per almeno 7 giorni prima dell'intervento

Se sta assumendo farmaci per fluidificare il sangue e prevenire la coagulazione come Plavix, Warfarin, Coumadin, Xarelto, Effient o Pradaxa, è importante discutere col dott. Ioppolo la gestione di questa terapia in relazione all'intervento chirurgico. È auspicabile coordinare un piano per questi farmaci con il medico che li ha prescritti o col medico di base. Se assume una terapia medica è importante discuterne col dott. Ioppolo e non sospenderla autonomamente. L'interruzione improvvisa di alcuni farmaci può avere conseguenze pericolose.

Eliminare il fumo almeno 4 settimane prima dell'intervento.

Segnalare immediatamente l'insorgenza di raffreddore, mal di gola, tosse, malattie della pelle.

Organizzare, per il periodo post-operatorio, la presenza di un accompagnatore/trice,

Valutare se sospendere terapia estrogenica (anticoncezionale o sostitutiva) soprattutto in cui sia prevista una durata di intervento superiore alle 3 ore e un'immobilizzazione post operatoria

PORTARE CON SÉ tutti gli esami eseguiti esternamente alla clinica

Rimuovere lo smalto E GEL dalle unghie delle mani E DEI PIEDI

INDUMENTI POST INTERVENTO:

GUAINA POST LIPOSUZIONE DELLE AREE INTERESSATE

SI CONSIGLIA LA DITTA MARENA:

PRENOTARE PER TEMPO INDUMENTI CHIAMANDO IL NUMERO +39 392 9887521

Ideale è prenotarla almeno 3 settimane prima di intervento per avere modo di provarla e eventualmente di sostituirla qualora la taglia o il modello non fosse adatto