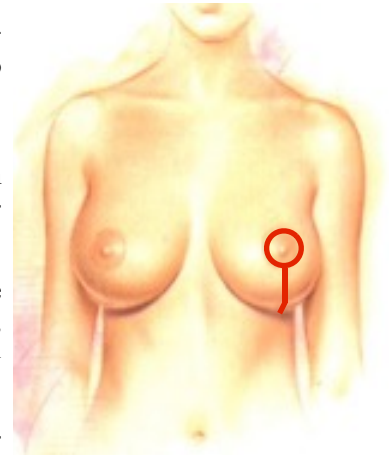


Io sottoscritta/o
nata/o ila, residente in

Dichiaro che sono a conoscenza perché pienamente informata dal Dottor ALESSANDRO GENNAI (chirurgo plastico e ricostruttivo, CF GNNLSN63B05F257R, iscritto all'albo dei medici chirurghi di Modena al n.04230), del fatto che:



- La mia situazione clinica è un'asimmetria mammaria di grado severo, con mammelle differenti sia nei riguardi del volume, che nella posizione del complesso areola capezzolo.

- Per ottenere un risultato ottimale è necessario eseguire un impianto bilaterale di protesi mammarie differenti (mastoplastica additiva) ed un sollevamento, rimodellamento della mammella sinistra (mastopessi monolaterale), al fine di simmetrizzare per volume, forma e posizione del capezzolo le due mammelle.

- L'intervento di mastopessi prevede una cicatrice intorno all'areola ed una cicatrice verticale (dalla base dell'areola al solco sottomammario), come riportato nella figura accanto.

- La ptosi della mammella sx non può essere esclusivamente corretta attraverso l'impianto di una protesi mammaria (mastoplastica additiva);

- L'impianto bilaterale di protesi (mastoplastica additiva) comporta esclusivamente una simmetrizzazione, per quanto possibile, dei volumi mammarie.

- Permarrà pertanto la ptosi (discesa) del capezzolo sin e un'asimmetria di posizione tra i due capezzoli.

Consapevole di quanto si qui esposto, RIFIUTO l'intervento di mastopessi monolaterale sinistra e le conseguenti cicatrici come su spiegato, ed ACCONSENTO a sottopormi esclusivamente all'intervento di MASTOPLASTICA ADDITIVA bilaterale con impianto di protesi mammarie ed accesso dal solco sottomammario.

data..... Luogo.....

Firma del Paziente

Firma del chirurgo