



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

CONSENSO INFORMATO

PRP 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 TRATTAMENTO CON PRP DELLA REGIONE VULVARE

Il PRP è un concentrato piastrinico che si ottiene mediante prelievo di sangue e opportuno trattamento del medesimo al fine di ottenere un preparato ricco di fattori di crescita. La letteratura è univoca nell'attribuire ai fattori di crescita importanti proprietà rigenerative ed antinfiammatorie, pertanto l'impianto di PRP è indicato negli stati di infiammazione e di atrofia. Dette sintomatologie possono essere causate da numerose patologie e condizioni cliniche e studiarne in maniera approfondita le caratteristiche è determinante per indirizzare la scelta terapeutica più idonea.

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 PRP

Il PRP è un concentrato piastrinico che si ottiene mediante prelievo di sangue e opportuno trattamento del medesimo al fine di ottenere un preparato ricco di fattori di crescita.

La qualità del PRP varia in funzione di numerose variabili: quantità e qualità soggettiva delle piastrine, metodica di ottenimento del preparato, metodica di impianto.

Sulla base delle normative attualmente vigenti, il PRP può essere effettuato unicamente in centri autorizzati chi abbiano stipulato una convenzione con centri trasfusionali ospedalieri.

La procedura prevede l'iniezione del prodotto nell'area da trattare mediante utilizzo di aghi estremamente fini. Talvolta sulla parte viene applicata una crema anestetica per ridurre il disagio iniettivo.

La metodica proposta di preparazione è la seguente

.....

L'istituto di convenzione è il seguente

.....

La paziente ha compreso la tecnica proposta?

Sì NO

La metodica non è idonea in caso di piastrinopenie o piastrinopatie.

3. INFORMAZIONI SUI RISCHI LEGATI ALLA PROCEDURA DI PRP

Le complicanze specifiche legate alla procedura sono le seguenti:

- ecchimosi** (stravasamento di sangue superficiale): è una conseguenza transitoria nel punto di iniezione
- edema** (gonfiore): è una conseguenza transitoria che scompare nel giro di qualche giorno
- ematoma** (raccolta di sangue): rarissima evenienza
- infezione**: necessita terapia antibiotica mirata
- mancato conseguimento di miglioramento** dei sintomi della patologia trattata

La paziente ha compreso le possibili complicanze?

Sì NO

4. Obiettivi e BENEFICI AUSPICATI E DESIDERATI

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

5. POSSIBILI ALTERNATIVE A QUANTO PROPOSTO:

Il PRP, parimenti ad altre strategie rigenerative, deve essere preso in considerazione in caso di fallimento di terapie mediche standard, ovvero riconosciute dalle linee guida nazionali e internazionalmente. 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