

# **Breast Augmentation SP Packet – Mentor MemoryGel**

- **Patient copies of post-op instructions are on top of the packet.**
- **If more than one page, staple them together and place one patient label on the first page only.**
- **No need to hole punch patient copies of post-op instructions. Just place instructions inside the chart.**

**Pelosi Medical Center**  
**AUMENTO DE MAMAS**

**RECETA PARA UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN**

---

**INSTRUCCIONES**

- Un adulto responsable debe regresarlo a su casa después de la cirugía y ayudarla 1 o 2 días
- Coma una dieta balanceada
- No fume ya que el cigarro demora la cicatrización y aumenta el riesgo de complicaciones

**ACTIVIDADES**

- Lea las página 2 y 3 “*Receta para una rápida recuperación*”
- No maneje hasta que pueda mover sus brazos con normalidad y haya dejado de tomar los medicamentos para el dolor (sedantes).
- Durante 4 semanas evite hacer ejercicios fuertes. Los deportes de contacto se deberán evitar durante 6-8 semanas.
- Las actividades sociales y laborales se podrán reanudar a los 3-10 días.
- Podrá empezar a hacerse masajes especiales en las mamas 3 veces al día durante 5 minutos, 1-2 semanas después de la cirugía durante 2-3 meses. Algunas pacientes sienten un dolor leve la primera semana de los masajes pero no dura mucho tiempo. El Dr. Pelosi o una de sus enfermeras o asistentes médicos le darán instrucciones sobre cómo hacerse los masajes. Si no le han explicado, pregunte.

**EL CUIDADO DE LA HERIDA**

- Evite exponer la herida al sol por lo menos durante 12 meses. Use siempre un bloqueador de sol fuerte (SPF 30+)
- Mantenga puestas las cintas adhesivas (*steri-strips*); si se salen, reemplácelas por unas nuevas
- Mantenga la herida limpia y revísela diariamente para evitar infecciones. Las suturas están debajo de la piel y se disolverán con el tiempo.
- No se bañe en tina mientras los puntos no hayan disuelto
- Puede cubrir la herida con gasa para mayor comodidad
- Use la ropa indicada por el cirujano (sostén, vendas Ace, venda elástica). No use sostén con barbas (*underwire bra*).

**QUÉ ESPERAR**

- Algo de drenaje por la cintas adhesivas que cubren las incisiones
- Máximas molestias solo los primeros días después de la cirugía
- Cierta entumecimiento y ardor en los pezones y en las zonas de la cirugía durante 2 semanas aproximadamente
- Dolor, tirantez, hinchazón y contusión temporal
- Pechos muy sensibles a la estimulación durante alguna semanas

**APARIENCIA**

- La decoloración y la hinchazón desaparecerán casi por completo en 4-6 semanas
- Posibilidad de cicatrices rojas durante seis meses. Con el tiempo se suavizan y desaparecen.

**VISITAS DE CONTROL**

- Es imprescindible que su doctor la vea entre las 24-48 horas siguientes a la cirugía y nuevamente el 5-7 día después de la operación.
- Continúe con sus mamografías de rutina en un centro de radiología donde los técnicos son expertos en las técnicas especiales que se requieren para implantes.

**CUANDO DEBE LLAMAR AL CONSULTORIO**

- Llame al consultorio cuando se presenten los siguientes síntomas: aumento de la hinchazón y contusiones; hinchazón y rojez que continua durante algunos días; aumento de la rojez en la zonas de las incisiones; dolor fuerte o que aumenta sin que se alivie con los medicamentos; cualquier efecto secundario (sarpullido, náuseas, dolor de cabeza, vómitos,); temperatura oral superior a 100.4 grados; drenaje amarillento o verdoso u olor fétido de las incisiones; sangrado de las incisiones que no se puede controlar mediante presión ligera o pérdida de sensibilidad o movimiento.

**CONTROL POSOPERATIVO EN EL LARGO PLAZO:**

- Después de los 3 meses de la operación su cirujano debe revisarla 3-4 veces durante el primer año y 2 veces al año durante los siguientes 5 años.
- Con el paso del tiempo las mamas tienden a descolgarse y este proceso puede acelerarse por el peso de los implantes, lo puede evitarse con el uso del sostén lo más seguido posible y especialmente cuando hace ejercicios o deportes.
- Si durante los dos primeros años empieza a sentir que sus mamas se están poniendo más firmes, deberá ir al consultorio de su doctor para una revisión.

Pelosi Medical Center

## AUMENTO DE MAMAS

### RECETA PARA UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN

---

#### RECETA PARA UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN

(PARA LEER POR LA PACIENTE Y LA PERSONA ENCARGADA DE SU CUIDADO)

El secreto para una recuperación rápida y exitosa se basa en el CUMPLIMIENTO. A continuación una serie de instrucciones que aunque parezcan aleatorias tienen una razón de ser y se deberán cumplir siguiendo el orden en el cual se enumeran:

#### LLEGADA A SU CASA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

¡Cuándo sale de la clínica las manecillas del reloj comienzan a moverse! Queremos que vaya a su casa y haga una siesta de 2 horas. Eso es todo. Levántese y empiece a moverse. Basta de dormir por hoy. Puede sentarse y descansar, pero no más siestas hasta la hora de acostarse.

Después, asegúrese de comer algo sustancioso. Las galletas no son suficiente.

Si la anestesia la hubiera afectado, ya estará totalmente recuperada. Por lo general, hay sensación de náuseas las primeras 3-4 horas después de la cirugía que usted las habrá pasado durmiendo tranquilamente.

*Si se siente nauseosa puede ser por tomar los medicamentos con el estómago vacío o por no estar tomando suficiente líquido. Asegúrese de comer bien, cualquiera que sean sus antojos. No pique un poco de aquí y otro de allá, aliméntese bien. Si normalmente tomar coca cola, tome una coca cola o cualquier líquido con azúcar. Necesitamos poner a funcionar su sistema.*

Tome inmediatamente después de haber comido una tableta de ibuprofeno de 800mg por vía oral y 30 minutos después dese una ducha. Lávese las marcas moradas que han quedado en la piel después de la cirugía y lávese el pelo. Ducharse tiene un efecto mágico ayuda a relajarse y a eliminar la visión borrosa producto de la anestesia y lavarse el pelo le hace levantar los brazos por encima de su cabeza.

Después de ducharse, séquese el pelo con el secador (levante las manos a la altura de su cabeza) y después abra y cierre sus brazos suavemente por encima de la cabeza (a modo de *jumping jack*). Extienda los brazos en línea recta desde los hombros y manteniendo los brazos rectos toque la parte posterior de los manos directamente sobre la cabeza. Cuando las manos se tocan los biceps de la parte superior del brazo deberán tocar sus orejas. Haga una serie de 5 cada hora hasta la hora de irse a dormir.

El otro siguiente paso importante es **SALIR DE SU CASA**. Vaya de compras o de un paseo por un centro comercial en compañía de un adulto. Vaya a comer. Cierre usted misma la puerta de su carro y póngase el cinturón de seguridad. ¡Un cambio de escenario es algo maravilloso! Trate de mantenerse despierta hasta las 10:00 p.m.

Si debe quedarse en casa, haga las cosas normales: descargue el lavaplatos, prepare la comida o léales a los niños. Y, lo más importante **MANTENGANSE EN MOVIMIENTO, NO SE RECUESTE NI SE QUEDE QUIETA.**

Recuerde, nada malo puede pasarle al realizar sus actividades normales. **NO** es nuestra intención decirle que haga cosas que puedan hacerla regresar a la sala de operaciones. El estar en movimiento le permitirá recuperarse con mayor rapidez y disminuir el riesgo de una contractura capsular y otra operación. ¡Es muy importante que usted lo sepa y lo entienda y se ponga en marcha!

#### HORA DE ACOSTARSE

Cerca de las 10 de la noche asegúrese de tomar con alimentos otro ibuprofeno de 800 mg. y un benadril de 25 mg. que la ayudará a dormir. Durante la noche se despertará al voltearse sobre el otro costado pero se volverá a dormir inmediatamente debido al efecto sedativo del benadril.

Usted puede hacer cualquier cosa que la haga sentirse cómoda, como darse más duchas, mover los brazos o recostarse en ellos más de una vez. Cualquier cosa que la haga sentir cómoda estará bien.

#### DÍA 1 POSTOPERATORIO

Levántese, tome su desayuno y una pastilla de ibuprofeno de 800 mg. por vía oral. Después de 30 minutos dese una ducha tibia y mientras se ducha levante los brazos por encima de su cabeza 5 veces seguida. No es fácil levantarse de la cama y levantar los brazos, pero si usted sigue la receta lo logrará.

Use el momento que ha construido y salga a hacer algo. Dese una vuelta por el centro comercial, de un paseo, maneje su carro. No pretendemos que usted pare en el centro comercial y empiece a hacer sus ejercicios pero si esperamos que usted misma cierre la puerta de su

**Pelosi Medical Center**  
**AUMENTO DE MAMAS**

**RECETA PARA UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN**

---

auto, que usted misma se coloque el cinturón de seguridad y que usted misma cargue un par de bolsas de compra. Moverse con normalidad es **esencial para una rápida recuperación.**

Alrededor de mediodía sentirá un poco cansada, por lo tanto planifique su día de forma tal que pueda parar sus actividades por un rato para hacer su siesta para después retomarlas.

Usted se dará cuenta que cuanto más se mueva mejor se sentirá. Esto es como un tirón o desgarró muscular – sí, lo siente, pero mejora con el movimiento.

Al final del día sentirá una mayor rigidez y estará más hinchada. Esto normal y temporal.

Comenzará a sentir dolor en las costillas y en la parte baja de la espalda al final del día 1 o día 2 debido al movimiento del fluido a través de los tejidos. Estos fluidos se eliminarán al orinar y la sensación de hinchazón desaparecerá dentro de 5-7 días.

Si siente dolor en la parte superior de la espalda esto se debe a que usted esta tensando los hombros en una posición incómoda que le está causando malestar. ¡Recuerde estirar sus hombros hacia adelante y hacia atrás y relájese!

**HORARIO PARA TOMAR LOS MEDICAMENTOS**

Esperamos que tome una tableta de ibuprofeno de 800 mg. por vía oral a la hora del almuerzo y la otra a la hora de acostarse. En caso de necesitar una pastilla adicional puede tomar a la hora de la comida 2 tabletas de Advil de 200 mg.

No es obligatorio que tome Benadril; sin embargo, si desea hacerlo, solo lo hará durante los primeros 5 días.

Esperamos que tome todas las tabletas de Ibuprofeno que se le han recetado. Puede reducir el número de tabletas diarias pero tiene que tomarlas todas.

No debe tomar aspirina ni ninguna pastilla que contenga aspirina. No debe tomar bebida alcohólica cuando esté tomando pastillas para el dolor y durante tres semanas ya que causa retención de líquidos.

Sírvase llamar al consultorio durante el día para informarnos como se siente.

¡EL ÚNICO NO! La única limitación es que durante dos (2) semanas no debe hacer ejercicios tipo aeróbicos que pueden elevar el pulso y la presión sanguínea y causar hemorragia interna. Tener sexo está bien; sin embargo, el sexo olímpico deberá esperar un par de semanas. Cuando retome sus entrenamientos o ejercicios hágalo moderadamente y si se siente cómoda aumente el ejercicio pero de no ser así espere un par días y empiece de nuevo. El sentido común es muy importante – usted no se puede lastimar o tener problemas por retomar sus actividades normales.

**PARA CONSULTAS MÉDICAS SÍRVASE LLAMAR A:**

Dr. Pelosi III al **201-424-2472**

Pelosi Medical Center al **201-858-1800**, de lunes a viernes de 9:00 a.m.-5:30 p.m.

Después de las horas de atención y durante los fines de semana llame a los números que se indican arriba y deje su mensaje a nuestro servicio de recepción de llamadas. Nos comunicaremos con usted a la brevedad.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON TVP

---

### ¿Qué es la trombosis venosa profunda (TVP)?

La TVP ocurre cuando se forma un coágulo de sangre en una de las venas grandes generalmente en las extremidades inferiores y bloquea la circulación parcial o totalmente. Puede tener complicaciones muy serias como una embolia pulmonar (EP) e incluso la muerte si no se diagnostica a tiempo y se trata efectivamente.

#### Factores de riesgo más comunes de la TVP:

- Cirugía mayor
- Insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia respiratoria
- Movilidad restringida
- Lesión reciente
- Cáncer
- Obesidad
- Más de 40 años
- Cirugía reciente
- Fumar
- Historia familiar de trombo embolismo venoso (TEV)

#### Signos y síntomas de la TVP:

Aproximadamente la mitad de personas que sufren de TVP no tienen síntomas. Para las que sí tienen síntomas, estos son los más comunes y pueden presentarse en la parte afectada del cuerpo, por lo general en la pierna o la pantorrilla:

- Hinchazón no relacionada con la zona de la cirugía
- Dolor o sensibilidad no relacionados con la zona de la cirugía que se acentúa al estar de pie o al caminar
- Enrojecimiento de la piel
- Calor sobre el zona afectada

### ¿Qué es la embolia pulmonar (EP)?

La embolia pulmonar (EP) es una condición de la salud muy seria que se produce cuando un coágulo de sangre bloquea la arteria que lleva la sangre del corazón a los pulmones (la arteria pulmonar). El coágulo que se forma en una parte del cuerpo y viaja por el torrente sanguíneo se llama émbolo. La embolia pulmonar a menudo proviene de las venas profundas de la pierna y viaja a los pulmones a través de la circulación de la sangre.

#### Signos y síntomas de la EP

- Dificultad respiratoria
- El ritmo del corazón más rápido de lo normal
- Dolor en el pecho o malestar que normalmente empeora con la respiración profunda o la tos
- Toser y expectorar sangre
- Presión sanguínea muy baja, mareos o pérdida del conocimiento.

**\* Si usted tiene síntomas de Embolia Pulmonar busque atención médica de inmediato marcando el 911 para ser trasladado a la sala de emergencias más cercana.**

---

Firma del paciente

---

Fecha

## PELOSI MEDICAL CENTER

## OFFICE SURGERY CHECKLIST

Procedure (Pt 1) \_\_\_\_\_ Surgery Date/Time: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ am/pm

Procedure (Pt 2) \_\_\_\_\_ Surgery Date/Time: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ am/pm

Surgeon  MP2  MP3

#	Task	Date Completed	Initials	Comments																												
1	Consultation done	___/___/___	___	_____																												
2	Signed copy Cosm. Surgery Finan. Agreement given to pt.	___/___/___	___	_____																												
3	Blood work drawn. <b>Must be drawn within 7 days of date of surgery</b>	___/___/___	___	<b>Panel:</b> CBC, Comp. Met. Panel, PT/PTT, HIV Screening, Hepatitis B & C Screening Repeat PT/PTT if lab panel results in chart. Repeat Panel if date of lab panel results in chart is not within 7 days of scheduled procedure.																												
4	Lab results reviewed by Dr. Pelosi.	___/___/___	___	_____																												
5	Medical Clearance Needed? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	___/___/___	___	_____																												
6	Prescriptions given to patient.	___/___/___	___	<p>Pt instructions for all Rx's: <b>Do NOT take day of surgery</b></p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>__ Cephalexin</td> <td>500 mg PO</td> <td>BID x 8 days (#16)</td> <td>Begin day before surgery</td> </tr> <tr> <td>__ Doxycycline</td> <td>100 mg PO</td> <td>BID x 8 days (#16)</td> <td>Begin day before surgery</td> </tr> <tr> <td>__ Flexeril</td> <td>10 mg PO</td> <td>TID x 7 days (#21)</td> <td>2 refills</td> </tr> <tr> <td>__ Gabapentin</td> <td>600 mg PO</td> <td>TID x 10 days (#30)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>__ Naproxen</td> <td>500 mg PO</td> <td>BID x 15 days (#30)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>__ Zofran</td> <td>8 mg PO</td> <td>BID as needed (#10)</td> <td>As needed for nausea</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Physician Signature _____</p>	__ Cephalexin	500 mg PO	BID x 8 days (#16)	Begin day before surgery	__ Doxycycline	100 mg PO	BID x 8 days (#16)	Begin day before surgery	__ Flexeril	10 mg PO	TID x 7 days (#21)	2 refills	__ Gabapentin	600 mg PO	TID x 10 days (#30)		__ Naproxen	500 mg PO	BID x 15 days (#30)		__ Zofran	8 mg PO	BID as needed (#10)	As needed for nausea				
__ Cephalexin	500 mg PO	BID x 8 days (#16)	Begin day before surgery																													
__ Doxycycline	100 mg PO	BID x 8 days (#16)	Begin day before surgery																													
__ Flexeril	10 mg PO	TID x 7 days (#21)	2 refills																													
__ Gabapentin	600 mg PO	TID x 10 days (#30)																														
__ Naproxen	500 mg PO	BID x 15 days (#30)																														
__ Zofran	8 mg PO	BID as needed (#10)	As needed for nausea																													
7	Breast implants ordered Breast implants received	___/___/___ ___/___/___	___ ___	_____																												
8	Anesthesiologist scheduled	___/___/___	___	_____																												
9	Surgery date scheduled & confirmed with patient	___/___/___	___	_____																												
10	COVID PCR test performed within 6 days of surgery	___/___/___	___	_____																												
11	Pre-op call made to patient	___/___/___	___	<p>Med. Asst is responsible for calling patient the day before surgery to reinforce pre-op instructions &amp; answer questions. <b>Instruct patient to be NPO 8 hrs prior to scheduled procedure time and to bring in a list of current meds and doses.</b></p> <p>Allergies: _____ LMP: ___/___/___</p>																												
12	Lipo touch-ups: Pt advised to bring in old garment	___/___/___	___	_____																												
13	<b>Total Fee: \$</b> _____ Deposit Pd: \$ _____	___/___/___	___	_____																												
14	Balance Due: \$ _____ \$ _____ \$ _____	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___	___ ___ ___	_____																												

**Pelosi Medical Center**  
**AUMENTO DE MAMAS**

**RECETA PARA UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN**

---

**INSTRUCCIONES**

- Un adulto responsable debe regresarlo a su casa después de la cirugía y ayudarla 1 o 2 días
- Coma una dieta balanceada
- No fume ya que el cigarro demora la cicatrización y aumenta el riesgo de complicaciones

**ACTIVIDADES**

- Lea las página 2 y 3 “*Receta para una rápida recuperación*”
- No maneje hasta que pueda mover sus brazos con normalidad y haya dejado de tomar los medicamentos para el dolor (sedantes).
- Durante 4 semanas evite hacer ejercicios fuertes. Los deportes de contacto se deberán evitar durante 6-8 semanas.
- Las actividades sociales y laborales se podrán reanudar a los 3-10 días.
- Podrá empezar a hacerse masajes especiales en las mamas 3 veces al día durante 5 minutos, 1-2 semanas después de la cirugía durante 2-3 meses. Algunas pacientes sienten un dolor leve la primera semana de los masajes pero no dura mucho tiempo. El Dr. Pelosi o una de sus enfermeras o asistentes médicos le darán instrucciones sobre cómo hacerse los masajes. Si no le han explicado, pregunte.

**EL CUIDADO DE LA HERIDA**

- Evite exponer la herida al sol por lo menos durante 12 meses. Use siempre un bloqueador de sol fuerte (SPF 30+)
- Mantenga puestas las cintas adhesivas (*steri-strips*); si se salen, reemplácelas por unas nuevas
- Mantenga la herida limpia y revísela diariamente para evitar infecciones. Las suturas están debajo de la piel y se disolverán con el tiempo.
- No se bañe en tina mientras los puntos no hayan disuelto
- Puede cubrir la herida con gasa para mayor comodidad
- Use la ropa indicada por el cirujano (sostén, vendas Ace, venda elástica). No use sostén con barbas (*underwire bra*).

**QUÉ ESPERAR**

- Algo de drenaje por la cintas adhesivas que cubren las incisiones
- Máximas molestias solo los primeros días después de la cirugía
- Cierta entumecimiento y ardor en los pezones y en las zonas de la cirugía durante 2 semanas aproximadamente
- Dolor, tirantez, hinchazón y contusión temporal
- Pechos muy sensibles a la estimulación durante alguna semanas

**APARIENCIA**

- La decoloración y la hinchazón desaparecerán casi por completo en 4-6 semanas
- Posibilidad de cicatrices rojas durante seis meses. Con el tiempo se suavizan y desaparecen.

**VISITAS DE CONTROL**

- Es imprescindible que su doctor la vea entre las 24-48 horas siguientes a la cirugía y nuevamente el 5-7 día después de la operación.
- Continúe con sus mamografías de rutina en un centro de radiología donde los técnicos son expertos en las técnicas especiales que se requieren para implantes.

**CUANDO DEBE LLAMAR AL CONSULTORIO**

- Llame al consultorio cuando se presenten los siguientes síntomas: aumento de la hinchazón y contusiones; hinchazón y rojez que continua durante algunos días; aumento de la rojez en la zonas de las incisiones; dolor fuerte o que aumenta sin que se alivie con los medicamentos; cualquier efecto secundario (sarpullido, náuseas, dolor de cabeza, vómitos,); temperatura oral superior a 100.4 grados; drenaje amarillento o verdoso u olor fétido de las incisiones; sangrado de las incisiones que no se puede controlar mediante presión ligera o pérdida de sensibilidad o movimiento.

**CONTROL POSOPERATIVO EN EL LARGO PLAZO:**

- Después de los 3 meses de la operación su cirujano debe revisarla 3-4 veces durante el primer año y 2 veces al año durante los siguientes 5 años.
- Con el paso del tiempo las mamas tienden a descolgarse y este proceso puede acelerarse por el peso de los implantes, lo puede evitarse con el uso del sostén lo más seguido posible y especialmente cuando hace ejercicios o deportes.
- Si durante los dos primeros años empieza a sentir que sus mamas se están poniendo más firmes, deberá ir al consultorio de su doctor para una revisión.

Pelosi Medical Center

**AUMENTO DE MAMAS****RECETA PARA UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN**

---

**RECETA PARA UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN****(PARA LEER POR LA PACIENTE Y LA PERSONA ENCARGADA DE SU CUIDADO)**

El secreto para una recuperación rápida y exitosa se basa en el CUMPLIMIENTO. A continuación una serie de instrucciones que aunque parezcan aleatorias tienen una razón de ser y se deberán cumplir siguiendo el orden en el cual se enumeran:

**LLEGADA A SU CASA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA**

¡Cuándo sale de la clínica las manecillas del reloj comienzan a moverse! Queremos que vaya a su casa y haga una siesta de 2 horas. Eso es todo. Levántese y empiece a moverse. Basta de dormir por hoy. Puede sentarse y descansar, pero no más siestas hasta la hora de acostarse.

Después, asegúrese de comer algo sustancioso. Las galletas no son suficiente.

Si la anestesia la hubiera afectado, ya estará totalmente recuperada. Por lo general, hay sensación de náuseas las primeras 3-4 horas después de la cirugía que usted las habrá pasado durmiendo tranquilamente.

*Si se siente nauseosa puede ser por tomar los medicamentos con el estómago vacío o por no estar tomando suficiente líquido. Asegúrese de comer bien, cualquiera que sean sus antojos. No pique un poco de aquí y otro de allá, aliméntese bien. Si normalmente tomar coca cola, tome una coca cola o cualquier líquido con azúcar. Necesitamos poner a funcionar su sistema.*

Tome inmediatamente después de haber comido una tableta de ibuprofeno de 800mg por vía oral y 30 minutos después dese una ducha. Lávese las marcas moradas que han quedado en la piel después de la cirugía y lávese el pelo. Ducharse tiene un efecto mágico ayuda a relajarse y a eliminar la visión borrosa producto de la anestesia y lavarse el pelo le hace levantar los brazos por encima de su cabeza.

Después de ducharse, séquese el pelo con el secador (levante las manos a la altura de su cabeza) y después abra y cierre sus brazos suavemente por encima de la cabeza (a modo de **jumping jack**). Extienda los brazos en línea recta desde los hombros y manteniendo los brazos rectos toque la parte posterior de los manos directamente sobre la cabeza. Cuando las manos se tocan los biceps de la parte superior del brazo deberán tocar sus orejas. Haga una serie de 5 cada hora hasta la hora de irse a dormir.

El otro siguiente paso importante es **SALIR DE SU CASA**. Vaya de compras o de un paseo por un centro comercial en compañía de un adulto. Vaya a comer. Cierre usted misma la puerta de su carro y póngase el cinturón de seguridad. ¡Un cambio de escenario es algo maravilloso! Trate de mantenerse despierta hasta las 10:00 p.m.

Si debe quedarse en casa, haga las cosas normales: descargue el lavaplatos, prepare la comida o léales a los niños. Y, lo más importante **MANTENGANSE EN MOVIMIENTO, NO SE RECUESTE NI SE QUEDE QUIETA.**

Recuerde, nada malo puede pasarle al realizar sus actividades normales. **NO** es nuestra intención decirle que haga cosas que puedan hacerla regresar a la sala de operaciones. El estar en movimiento le permitirá recuperarse con mayor rapidez y disminuir el riesgo de una contractura capsular y otra operación. ¡Es muy importante que usted lo sepa y lo entienda y se ponga en marcha!

**HORA DE ACOSTARSE**

Cerca de las 10 de la noche asegúrese de tomar con alimentos otro ibuprofeno de 800 mg. y un benadril de 25 mg. que la ayudará a dormir. Durante la noche se despertará al voltearse sobre el otro costado pero se volverá a dormir inmediatamente debido al efecto sedativo del benadril.

Usted puede hacer cualquier cosa que la haga sentirse cómoda, como darse más duchas, mover los brazos o recostarse en ellos más de una vez. Cualquier cosa que la haga sentir cómoda estará bien.

**DÍA 1 POSTOPERATORIO**

Levántese, tome su desayuno y una pastilla de ibuprofeno de 800 mg. por vía oral. Después de 30 minutos dese una ducha tibia y mientras se ducha levante los brazos por encima de su cabeza 5 veces seguida. No es fácil levantarse de la cama y levantar los brazos, pero si usted sigue la receta lo logrará.

Use el momento que ha construido y salga a hacer algo. Dese una vuelta por el centro comercial, de un paseo, maneje su carro. No pretendemos que usted pare en el centro comercial y empiece a hacer sus ejercicios pero si esperamos que usted misma cierre la puerta de su



**Pelosi Medical Center**  
**AUMENTO DE MAMAS**

**RECETA PARA UNA RÁPIDA RECUPERACIÓN**

---

auto, que usted misma se coloque el cinturón de seguridad y que usted misma cargue un par de bolsas de compra. Moverse con normalidad es **esencial para una rápida recuperación.**

Alrededor de mediodía sentirá un poco cansada, por lo tanto planifique su día de forma tal que pueda parar sus actividades por un rato para hacer su siesta para después retomarlas.

Usted se dará cuenta que cuanto más se mueva mejor se sentirá. Esto es como un tirón o desgarró muscular – sí, lo siente, pero mejora con el movimiento.

Al final del día sentirá una mayor rigidez y estará más hinchada. Esto normal y temporal.

Comenzará a sentir dolor en las costillas y en la parte baja de la espalda al final del día 1 o día 2 debido al movimiento del fluido a través de los tejidos. Estos fluidos se eliminarán al orinar y la sensación de hinchazón desaparecerá dentro de 5-7 días.

Si siente dolor en la parte superior de la espalda esto se debe a que usted esta tensando los hombros en una posición incómoda que le está causando malestar. ¡Recuerde estirar sus hombros hacia adelante y hacia atrás y relájese!

**HORARIO PARA TOMAR LOS MEDICAMENTOS**

Esperamos que tome una tableta de ibuprofeno de 800 mg. por vía oral a la hora del almuerzo y la otra a la hora de acostarse. En caso de necesitar una pastilla adicional puede tomar a la hora de la comida 2 tabletas de Advil de 200 mg.

No es obligatorio que tome Benadril; sin embargo, si desea hacerlo, solo lo hará durante los primeros 5 días.

Esperamos que tome todas las tabletas de Ibuprofeno que se le han recetado. Puede reducir el número de tabletas diarias pero tiene que tomarlas todas.

No debe tomar aspirina ni ninguna pastilla que contenga aspirina. No debe tomar bebida alcohólica cuando esté tomando pastillas para el dolor y durante tres semanas ya que causa retención de líquidos.

Sírvase llamar al consultorio durante el día para informarnos como se siente.

¡EL ÚNICO NO! La única limitación es que durante dos (2) semanas no debe hacer ejercicios tipo aeróbicos que pueden elevar el pulso y la presión sanguínea y causar hemorragia interna. Tener sexo está bien; sin embargo, el sexo olímpico deberá esperar un par de semanas. Cuando retome sus entrenamientos o ejercicios hágalo moderadamente y si se siente cómoda aumente el ejercicio pero de no ser así espere un par días y empiece de nuevo. El sentido común es muy importante – usted no se puede lastimar o tener problemas por retomar sus actividades normales.

**PARA CONSULTAS MÉDICAS SÍRVASE LLAMAR A:**

Dr. Pelosi III al **201-424-2472**

Pelosi Medical Center al **201-858-1800**, de lunes a viernes de 9:00 a.m.-5:30 p.m.

Después de las horas de atención y durante los fines de semana llame a los números que se indican arriba y deje su mensaje a nuestro servicio de recepción de llamadas. Nos comunicaremos con usted a la brevedad.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON TVP

---

### ¿Qué es la trombosis venosa profunda (TVP)?

La TVP ocurre cuando se forma un coágulo de sangre en una de las venas grandes generalmente en las extremidades inferiores y bloquea la circulación parcial o totalmente. Puede tener complicaciones muy serias como una embolia pulmonar (EP) e incluso la muerte si no se diagnostica a tiempo y se trata efectivamente.

#### Factores de riesgo más comunes de la TVP:

- Cirugía mayor
- Insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia respiratoria
- Movilidad restringida
- Lesión reciente
- Cáncer
- Obesidad
- Más de 40 años
- Cirugía reciente
- Fumar
- Historia familiar de trombo embolismo venoso (TEV)

#### Signos y síntomas de la TVP:

Aproximadamente la mitad de personas que sufren de TVP no tienen síntomas. Para las que sí tienen síntomas, estos son los más comunes y pueden presentarse en la parte afectada del cuerpo, por lo general en la pierna o la pantorrilla:

- Hinchazón no relacionada con la zona de la cirugía
- Dolor o sensibilidad no relacionados con la zona de la cirugía que se acentúa al estar de pie o al caminar
- Enrojecimiento de la piel
- Calor sobre el zona afectada

### ¿Qué es la embolia pulmonar (EP)?

La embolia pulmonar (EP) es una condición de la salud muy seria que se produce cuando un coágulo de sangre bloquea la arteria que lleva la sangre del corazón a los pulmones (la arteria pulmonar). El coágulo que se forma en una parte del cuerpo y viaja por el torrente sanguíneo se llama émbolo. La embolia pulmonar a menudo proviene de las venas profundas de la pierna y viaja a los pulmones a través de la circulación de la sangre.

#### Signos y síntomas de la EP

- Dificultad respiratoria
- El ritmo del corazón más rápido de lo normal
- Dolor en el pecho o malestar que normalmente empeora con la respiración profunda o la tos
- Toser y expectorar sangre
- Presión sanguínea muy baja, mareos o pérdida del conocimiento.

**\* Si usted tiene síntomas de Embolia Pulmonar busque atención médica de inmediato marcando el 911 para ser trasladado a la sala de emergencias más cercana.**

---

Firma del paciente

---

Fecha

## PELOSI MEDICAL CENTER

## Historia De Medicación/ Resumen de Alta

Dirección de Paciente: \_\_\_\_\_

ALERGIAS (Medicamentos, Materiales, Alimentos o Factores Ambientales)	
<input type="checkbox"/> No tiene alergias/sensibilidades ni otras reacciones a medicamentos, materiales, alimentos o factores ambientales	
Alérgeno	Reacción

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS					Indicaciones del CIRUJANO:		
Lista de medicamentos: OTC, Hierbas, Vitaminas y Suplementos	DOSIS (concentración)	¿Cómo se toma?	FRECUENCIA (Cuando se toma)	ÚLTIMA TOMA	CONTINUAR		
					SI	SUSPENDER	NO
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Historial de Medicación Verificada por RN/MA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si una medicación se pone en espera o suspender, Cirujano para indicar seguimiento instrucciones pacientes continuación:

\_\_\_\_\_

<b>ADEMÁS DE PRESCRIPCIÓN QUE SE INDICA ABAJO LOS MEDICAMENTOS INDICADOS ARRIBA SE CONTINUARÁN TOMANDO EN CASA SALVO QUE EL CIRUJANO INDIQUE QUE SE DESCONTINÚEN O SUSPENDAN CON UNA MARCA EN LA COLUMNA DE ARRIBA</b>	
<b>FIRMA DEL CIRUJANO QUE HA REVISADO LOS MEDICAMENTOS (obligatorio)</b>	<b>FECHA:</b>

INSTRUCCIONES ENTREGADAS AL PACIENTE AL MOMENTO DEL ALTA					
Mark with "x"	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Motivo para el medicamento
___	Cephalexin	500 mg	Oral	2 veces al día	Antibiotico
___	Cyclobenzaprine	10 mg	Oral	3 veces al día	Según sea necesario, para dolor muscular
___	Doxycycline	100 mg	Oral	2 veces al día	Antibiotico
___	Gabapentin	600 mg	Oral	3 veces al día	Según sea necesario, para dolor
___	Naproxen	500 mg	Oral	2 veces al día	Según sea necesario, para dolor
___	Ondansetron	8 mg	Oral	2 veces al día	Según sea necesario, para nausea
___					

Procedimiento(s) Realizados: \_\_\_\_\_

**Medications administered during this visit:**  Ceftriaxone  Cephalexin  Clindamycin  Diazepam  Diphenhydramine  
 Diprivan  Doxycycline  Epinephrine  Fentanyl  Glycopyrrolate  Lidocaine  Metoclopramide  Midazolam  
 Ondansetron  Oxycodone  Sodium Bicarbonate  Tranexamic Acid  Other \_\_\_\_\_

 Información proporcionada al:  Paciente \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_  
(firma) (nombre de la persona)

Médico que autoriza el alta/Firma RN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

PELOSI MEDICAL CENTER

OFFICE SURGERY PRE-OP HISTORY & PHYSICAL EXAM

CHIEF CONCERN / REQUEST:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PERTINENT PAST MEDICAL & SURGICAL HISTORY AND REVIEW OF SYSTEMS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PHYSICAL EXAMINATION:

Height \_\_\_\_ Weight \_\_\_\_ lbs Pre-op Exam Vital Signs: BP \_\_\_\_ T \_\_\_\_ HR \_\_\_\_ RESP \_\_\_\_

WNL	ABN		COMMENTS
D	D	General appearance	
D	D	Mental Status	
D	D	Neurological	
D	D	Cardiovascular	
D	D	Lungs	
D	D	Abdomen	
D	D	Genitourinary	
D	D	Liver	
D	D	Extremities	
D	D	Integument	
D	D	Other	

CURRENT MEDICATION	DOSAGE

CURRENT MEDICATION	DOSAGE

ALLERGIES/SENSITIVITIES			
<input type="checkbox"/> No known allergies/sensitivities and other reactions to drugs, materials, food, or environmental factors			
Allergen/Sensitivity	Type of Reaction	Allergen/Sensitivity	Type of Reaction

Adverse Reactions to Drugs:  No  Yes \_\_\_\_\_

PROVISIONAL DIAGNOSIS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LETTER OF MEDICAL CLEARANCE NEEDED? \_\_\_\_ YES \_\_\_\_ NO

PHYSICIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pelosi Medical Center  
**VTE RISK FACTOR ASSESSMENT**

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Age: \_\_\_\_\_      Wt (lbs): \_\_\_\_\_      BMI: \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_      Ht (in): \_\_\_\_\_

**CHOOSE ALL THAT APPLY**

**Add 1 Point for Each Risk Factor**

Age 41-60 years  
 Minor surgery (< 45 min) planned  
 Past major surgery within last month  
 Visible varicose veins  
 History of inflammatory bowel disease  
 Swollen legs (current)  
 Overweight or obese (BMI > 30)  
 Serious infection (< 1 month)  
 Lung disease (e.g., emphysema, COPD)  
 Heart attack  
 Congestive heart failure  
 Other risk factors \_\_\_\_\_

*For Women Only:*  
**Add 1 Point for Each Risk Factor**

Current use of oral contraceptives or hormone replacement therapy  
 Pregnancy or postpartum within last month  
 History of unexplained stillborn infant, recurrent spontaneous abortion (> 3), premature birth with toxemia or growth-restricted infant

**Add 5 Points Each Risk Factor that applies now or within the past month**

Elective hip or knee joint replacement surgery  
 Broken hip, pelvis, or leg  
 Serious trauma e.g., multiple broken bones due to a fall or car accident  
 Spinal cord injury resulting in paralysis  
 Experienced a stroke

**Add 2 Points for Each Risk Factor**

Age 61-74 years  
 Planned major surgery (> 45 minutes)  
 Previous malignancy (excl skin cancer, but not melanoma)  
 Central venous access within last month  
 Non-removable plaster cast that kept pt from moving leg within last month  
 Confined to a bed for 72 hrs or more

**Add 3 Points for Each Risk Factor**

Age 75 years or over  
 History of blood clots – either DVT or PE  
 Family history of blood clots (thrombosis)  
 Personal or family history of positive blood test indicating increased risk of blood clotting

**TOTAL RISK FACTOR SCORE** \_\_\_\_\_

Score	Risk Level	Prophylaxis for Surgical Patients
0-2	Low	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Early ambulation</li> </ul>
3-8	Increasing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apply antiembolism stockings and intermittent pneumatic compression device</li> <li>• Flex patient's knees to approximately 5° by placing a pillow underneath them</li> <li>• Stage multiple procedures</li> <li>• Provide patient with DTV Patient Information Sheet</li> <li>• Instruct patients who are taking oral contraceptives or hormone replacement therapy to discontinue taking these medications 1 week prior to surgery.</li> </ul>
> 8	18.3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Not a candidate for office-based surgery</li> </ul>

PELOSI MEDICAL CENTER

**PHYSICIAN PERIOPERATIVE ORDERS**

**PRE-OPERATIVE**

Enter 'x' next to medication & circle prescribing dose

<input type="checkbox"/> DiphenHYDRAMINE <b>25 / 50</b> mg PO x 1 <input type="checkbox"/> Diazepam <b>10 / 20</b> mg PO x 1 <input type="checkbox"/> FentaNYL <b>50 / 75 / 100</b> mcg IM x 1 <input type="checkbox"/> Midazolam <b>2 / 4 / 6 / 8</b> mg IM x 1 <input type="checkbox"/> OxyCODONE <b>5/325 / 10/650</b> mg PO x 1	<input type="checkbox"/> CefTRIAxone <b>1</b> gm (< 79 kg) <b>2</b> gm (≥ 79 kg) <b>3</b> gm (≥ 120 kg) IV Piggyback x 1 <input type="checkbox"/> Clindamycin <b>600</b> mg (< 70 kg) <b>900</b> mg (≥ 70 kg) IV Piggyback x 1 <input type="checkbox"/> Cephalexin <b>500 / 1000</b> mg PO x 1 <input type="checkbox"/> Doxycycline <b>100 / 200</b> mg PO x 1
---	--

- Apply ECG, NIBP, & Pulse Oximeter monitors during procedure
- Urine pregnancy test (n/a if female > 55 yrs old or if post-hysterectomy)
- Apply Norm-o-temp heating pad. Set temperature to \_\_\_\_\_ ° F (no greater than 104° F)

Additional pre-operative orders: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INTRA-OPERATIVE**

Tumescent Anesthetic Solution - Use 1000ml bags of 0.9% NaCl

Bag #	Lidocaine (mg)	Epinephrine (mg)	Sodium Bicarbonate 8.4% (ml)	Tranexamic Acid (mg)	Bag #	Lidocaine (mg)	Epinephrine (mg)	Sodium Bicarbonate 8.4% (ml)
1			10		6			10
2			10		7			10
3			10		8			10
4			10		9			10
5			10		10			10

Apply thromboembolic stockings and Intermittent Pneumatic Compression Device set at **40mm Hg**

Additional intra-operative orders: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**POST-OPERATIVE**

- Discontinue IV when discharge criteria are met
- Remove Foley catheter

Additional post-operative orders: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PHYSICIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE/TIME: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**ADDITIONAL ORDERS:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PHYSICIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE/TIME: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Pelosi Medical Center**  
**Breast Augmentation**  
**Authorization and Consent**

---

Date of Consult: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Height: \_\_\_\_ft. \_\_\_\_in.    Weight: \_\_\_\_lbs.

Current Bra Size: \_\_\_\_\_      Desired Implant Location (Check One):     Subpectoral       Subglandular

I authorize Marco A. Pelosi II/III, MD, associate surgeons, and/or such assistants as may be selected and supervised by them to perform bilateral breast augmentation surgery (bilateral augmentation mammoplasty) with saline/silicone implants placed either over the chest muscles (subglandular placement), or under the chest muscles (subpectoral placement), through skin incisions located under the breasts (inframammary skin incisions), axillary, areolar, or belly button. Surgery will be performed with a combination of local anesthesia administered by your surgeon and intravenous sedation administered by an anesthesiologist.

The nature and effects of the operation, the risks, ramifications, complications involved, as well as alternative methods of treatment and their likely results, have been fully explained to me by the Doctor and/or his associates, and all of my questions have been answered to my satisfaction. I acknowledge that no guarantee has been made as to the results. I know that breast augmentation surgery should not be done if a woman is pregnant; I have no reason to suspect that I might be pregnant.

I have read, understood and initialed all of the information supplied to me in the attached forms entitled *Breast Augmentation Surgery Risks* and *Breast Augmentation: Frequently Asked Questions*. I have had sufficient opportunity to discuss these materials with the Doctor and/or his associates. I believe that I have adequate knowledge upon which to base an informed consent to the proposed treatment.

I agree to avoid activities which require much raising of the arms above the level of the head for ten (10) days after surgery. I agree not to drive for 72 hours after surgery. I agree to avoid all strenuous arm movements and activities for the first six (6) weeks after surgery. I agree to stop smoking for two (2) weeks after surgery.

I agree to allow the surgeon, associate surgeon, and staff to photograph or video me before, during and after the operation. The photographs, videos, tapes and digital media shall be the property of the surgeon and may be used for teaching, marketing, publication or scientific research purposes. If my surgery has been scheduled during a training course held by Drs. Marco A. Pelosi, I agree to allow physicians attending the training course to observe and/or participate in my surgery under the direct supervision of Drs. Marco A. Pelosi. I agree to routine pre-operative blood tests, including a test for HIV (AIDS). I request local anesthesia and any medications deemed necessary by the surgeon.

Breast augmentation surgery is associated with certain expected temporary side effects including soreness, inflammation, bruising, swelling, numbness, and minor irregularity of the skin. Some of these effects can take several months to resolve. Scars, pigment changes, or an irregularity that persists for more than six months may or may not be correctable by a second procedure. Any surgery may involve risks of more serious and unexpected problems including infection, pain, delayed wound healing, scarring, blood clots, excessive bleeding, hematoma, seroma (temporary accumulation of fluid under the skin), injury to other tissues, allergic or toxic reactions to drugs, and even death.

Breast augmentation surgery is associated with certain specific risks and complications which include dissatisfaction with the appearance of the implants, incorrect implant size, visible scar location, asymmetry (unequal breast size or shape), sagging or drooping over time (ptosis), breakage through the skin, wrinkling and rippling of the implant shell, capsular contracture (scarring around the implant shell which can squeeze the implant and lead to excessive firmness and possible pain), implant rupture, implant deflation over time (due to normal wear, injury, valve malfunction, breast manipulation, mammograms, or unknown reasons), numbness and/or sensory changes (temporary or permanent, which can interfere with comfort, sexuality and nursing), pain, infection (which may require removal of the implant if it is not controlled with antibiotics), hematoma, scars (which may become thickened, red, hypertrophic or keloid), interference with mammography (which may "hide" suspicious lesions), calcium deposits (which are benign, but may be confused on an X-ray with suspicious calcium deposits and require a biopsy), alteration in breast feeding, spontaneous temporary lactation after surgery. Implants will not last forever. The FDA currently estimates that implants will last about ten (10) years. Any of these problems noted above may require additional surgery, hospitalization, and time away from work. If this occurs, there will be additional costs for surgical fees, supplies, anesthesia, etc., depending upon the required operation. Complications of cosmetic surgery generally will not be covered by medical insurance.

**Pelosi Medical Center**  
**Breast Augmentation**  
**Authorization and Consent**

---

*Please initial each statement in the space provided to indicate that you understand that statement.*

\_\_\_\_\_ **What are the benefits of breast augmentation with implants?** This operation is performed to enhance or restore the size and shape of a woman's breasts. Breasts may be small because of lack of development or changes following pregnancy, weight loss or congenital abnormalities. Sometimes a woman's breasts are very asymmetric. This operation can improve a woman's self esteem and quality of life. Studies have shown over 90% of women are satisfied with their results. Currently, saline implants (silastic bags filled with salt water) are placed either behind the pectoral muscle and breast tissue or in front of the muscle. This is done through an incision 1 ½" to 2" long placed either under the breast, around the areola, or in the armpit.

\_\_\_\_\_ **What do breasts look like after augmentation mammoplasty?** Saline-filled prostheses are the best means now available to enlarge the breasts by surgery. However, the prospective patient should know that the final appearance, shape and texture are not exactly the same as normal breasts. The surgically enlarged breasts do not move in the same way as normal breasts. They tend to be more firm. The contours are usually somewhat different than normal breasts. In some patients, these discrepancies may be rather noticeable. Although every effort is made to place the implants symmetrically, complete symmetry is rarely achieved. Immediately after surgery, the breasts may appear swollen and firmer; the final shape and size is seen after several weeks. Please note that silicone gel implants are no longer available for elective new breast augmentations because of FDA restrictions.

\_\_\_\_\_ **Are the prostheses safe? Can they cause cancer?** To the best of our present knowledge, these prostheses are made of non-reactive, safe material. No one has had them in place for more than about 25 years at this time. Thus, there is no way to say positively that they won't cause trouble 20 years from now, but it is unlikely. The incidence of cancer in augmented breasts is the same as in normal breasts, actually less in some studies. Additionally, the incidence of collagen vascular disease is the same or less in studies of women with breast implants.

\_\_\_\_\_ **What kind of anesthetic is used?** A local anesthetic with sedation is commonly used when the implant is placed over the pectoral muscle. A local anesthetic either alone or in combination with sedatives, or general anesthesia, is used when the implant is placed under the pectoral muscle.

\_\_\_\_\_ **What are my limitations in activity post-operatively?** You should plan to avoid activities which require much raising of the arms above the level of the head for 10 days after surgery. With great care, you can drive about 3 days after surgery. Patients can usually return to work in a few days unless their occupation requires particularly strenuous movements and lifting. In such cases, 2-3 weeks should be allowed. Intense physical activity should be avoided for six (6) weeks after surgery.

\_\_\_\_\_ **COSMETIC COMPLICATIONS:** You may not be satisfied with the appearance of your implant(s). Incorrect implant size, inappropriate scar location or appearance, and misplacement of implants may interfere with a satisfactory appearance. Asymmetry (unequal breast size or shape) may occur. The implanted breast may sag or droop (ptosis) over time, much like a natural breast. Very rarely the implant may change position or break through the skin, particularly if you have very thin breast tissue covering it. This is more common with saline implant(s).

\_\_\_\_\_ **BLEEDING:** When blood collects beneath the skin, it causes excessive discoloration. Sometimes lumps which last many months may occur. If blood collection is discovered, it is usually removed by taking out a few stitches and squeezing the clot out, or inserting a needle and aspirating it. If bleeding continues, it is sometimes necessary to return to the operating room to stitch the bleeding vessels. This risk increases in people who take aspirin or who bruise easily. Let your doctor know if this is the case. Do not use aspirin or aspirin-containing products for two weeks before and two weeks after surgery. (See Medication Precautions for Surgery Patients sheet).

\_\_\_\_\_ **WRINKLING AND RIPPLING:** Some wrinkling of the implant shell is normal and expected. If your breast tissue is very thin, these wrinkles can show up as visible ripples, especially when you lean forward without wearing a brassiere. The wrinkling can also produce little corners on the implants that can sometimes be felt with your finger if the breast tissue is very thin.

\_\_\_\_\_ **CAPSULAR CONTRACTURE:** The scar tissue that forms around the implant can tighten and squeeze the implant as a natural response to a foreign object implanted in the body. This firmness can range from slight to very firm. The firmest ones can cause varying degrees of discomfort or pain. Capsular contracture can occur on one breast or both. Implants under the muscle may result in less contracture.

\_\_\_\_\_ **RUPTURE/DEFLATION:** Breast implants may not last a lifetime. The silastic shell can break due to normal wear over time, injury, valve malfunction, breast manipulation (mammograms), or unknown reasons. The usual sign is loss of breast size over days or weeks. The saline (salt water) will be absorbed by the body without any harm. Surgical replacement will be needed to restore the breast size. Replacement will involve additional costs.

\_\_\_\_\_ **NUMBNESS:** Sensory changes are expected to some degree immediately after surgery but loss of nipple and breast sensation may be permanent. Increased sensitivity is less common but does occur. These changes can interfere with comfort, sexuality and nursing (lactation).



**Pelosi Medical Center  
Breast Augmentation  
Authorization and Consent**

---

\_\_\_\_\_ **PAIN:** Can be related to the surgery itself or a later response to problems such as tight capsule formation.

\_\_\_\_\_ **INFECTION:** May require removal of the implant if it is not controlled with antibiotics. Consideration should be given to taking prophylactic antibiotics with dental work or other surgeries. If an implant is removed, replacement may be delayed for three months.

\_\_\_\_\_ **HEMATOMA:** May require surgery to remove the collection of blood. Sudden swelling of the breast after surgery should be immediately reported to the doctor.

\_\_\_\_\_ **SCARS:** Generally do well with all breast incisions. However, healing is unpredictable and occasionally patients may form thickened or red hypertrophic/keloid scars. Additional surgery may be required. Wound healing complications are higher in smokers therefore, you must stop smoking at least 2 weeks before and 2 weeks following surgery.

\_\_\_\_\_ **INTERFERENCE WITH MAMMOGRAPHY:** An implant can interfere with the detection of early breast cancer because it may "hide" suspicious lesions in the breast during an X-ray exam. It is especially important for women who are at high risk of developing breast cancer to consider this before having implants. Additional views are required for routine mammography in patients with implants. Mammography is more effective with implants under the muscle.

\_\_\_\_\_ **CALCIUM DEPOSITS:** Can develop in the breast tissue at any time after surgery. These are benign but may be confused on an X-ray with breast cancer calcium deposits and require a biopsy.

\_\_\_\_\_ **ALTERATION IN BREAST FEEDING:** For women who have not had children, this surgery may alter your ability to nurture children in the future. Spontaneous lactation may occur after this surgery but is usually self-limited.

\_\_\_\_\_ **LIFETIME OF IMPLANT:** Implants will not last forever. The FDA currently estimates implants will last about 10 years. This is an estimate. The FDA has not reviewed all the data about saline implants (1994).

\_\_\_\_\_ **UNKNOWN RISKS:** In addition to these known risks, there are unanswered questions about saline-filled breast implants. For example, questions have been raised about whether these devices might cause autoimmune diseases such as lupus, scleroderma and rheumatoid arthritis in some women, or whether they might increase the risk of cancer. There is no scientific evidence at present that women with either silicone gel-filled or saline-filled breast implants have increased risk of these diseases, but the possibility cannot be ruled out.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Patient Signature                      Date                      Witness Signature                      Date                      Surgeon Signature                      Date

Pelosi Medical Center  
**MENTOR MEMORYGEL BREAST IMPLANTS**  
**PATIENT DECISION CHECKLIST**

**WARNING:**

- Breast implants are not lifetime devices. The longer people have them, the greater chances are that they will develop complications, some will require more surgery.
- Breast implants have been associated with the development of a cancer of the immune system called breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL). This cancer occurs more commonly in patients with textured breast implants than smooth implants, although rates are not well defined. Some patients have died from BIA-ALCL.
- Patients receiving breast implants have reported a variety of systemic symptoms such as joint pain, muscle aches, confusion, chronic fatigue, autoimmune diseases and others. Individual patient risk for developing these symptoms has not been well established. Some patients report complete resolution of symptoms when the implants are removed without replacement.

The sale and distribution of this device is restricted to users and/or user facilities that provide information to patients about the risks and benefits of this device in the form and manner specified in the approved labeling provided by Mentor Worldwide LLC.

Important information: Prior to use, refer to the instructions for use supplied with this device for indications, contraindications, side effects, warnings and precautions.

To the patient considering breast implants filled with saline or silicone gel intended for breast augmentation or breast reconstruction:

The review and understanding of this document is a critical step in making the decision whether you should choose breast implant surgery. You should learn about breast implants and then carefully consider the benefits and risks associated with breast implants and breast implant surgery before you make that decision. This form lists important risks, including those known or reported to be associated with the use of the device based on information from clinical trials, scientific literature, and reports from patients who have undergone device placement.

This patient decision checklist is intended to supplement the additional patient labeling that should be provided to you by your physician. You should receive a patient booklet/brochure that includes important information about your specific breast implant, as well as a boxed warning and patient decision checklist. After reviewing the information in the patient information booklet/brochure for the specific implant that will be used, please read and discuss the items in this checklist carefully in consultation with your physician. You should place your initials in the location provided next to each item to indicate that you have read and understood the item. Your full signature at the end of this document means that you have read the materials and that your physician has answered all questions to your satisfaction.

### Considerations for a Candidate for Successful Breast Implantation

I understand that I am not a candidate for breast implants if any of the following situations applies to me:

- I have an active infection anywhere in my body;
- I have an existing cancer or pre-cancer of my breast tissue that has not been adequately treated; or
- I am pregnant or nursing

I understand that if I have any of the following conditions, I may be at a higher risk for a poor surgical outcome:

- Medical condition that affects my body's ability to heal (e.g., diabetes, connective tissue disorder);
- Active smoker or a former smoker;
- Currently taking drugs that weaken the body's natural resistance to disease, such as steroids and chemotherapy drugs (e.g., prednisone, tacrolimus, sirolimus, mycophenolate, azathioprine, cyclosporine, methotrexate, chlorambucil, leflunomide, or cyclophosphamide);
- History of chemotherapy or planned chemotherapy following breast implant placement;
- History of radiation therapy or planned radiation following breast implant placement;
- Conditions that interfere with wound healing or blood clotting (e.g., hemophilia, von Willebrand disease, factor V Leiden, hyperhomocysteinemia, protein C deficiency, anti-thrombin III deficiency, or systemic lupus erythematosus); or
- Reduced blood supply to the breast tissue.

I understand the following conditions have not been adequately studied to determine whether the conditions put me at higher risk:

- Autoimmune disease (e.g., Hashimoto's, Lupus, Rheumatoid Arthritis) or family history of autoimmune disease (breast implant premarket clinical studies have not evaluated the safety of breast implants in patients with autoimmune disease);
- Clinical diagnosis of depression or other mental health disorder (including body dysmorphic disorder or eating disorder); or
- Have other products permanently implanted in the breast.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

### Risks of Breast Implant Surgery

I understand that there are risks of undergoing breast implant surgery. The percentages displayed below were reported in the 10-year core study for MemoryGel® Breast Implants. Each rate specified below represents the largest reported cumulative 10-year rate across all groups of patients in the study (augmentation and reconstruction, both primary and revision). MENTOR® MemoryGel™ Xtra Breast Implants and MENTOR® MemoryGel BOOST™ Breast Implants were not included in the MENTOR® MemoryGel™ Core Study.

I understand that risks of undergoing breast implant surgery may include:

- breast pain (reported in up to 5.2% of patients),
- skin or nipple areola sensitivity changes or loss (nipple sensation changes reported in up to 7.9% of patients, breast sensation changes reported in up to 3% of patients),
- asymmetry (reported in up to 12.7% of patients),
- impact of aging or weight change on size and shape of breast (ptosis reported in up to 5.5% of patients),

Pelosi Medical Center  
**MENTOR MEMORYGEL BREAST IMPLANTS**  
**PATIENT DECISION CHECKLIST**

---

- infection requiring possible removal of implant (reported in up to 5.8% of patients),
- swelling (may occur but specific rates are not publicly available in the MemoryGel® Core study analysis),
- scarring (hypertrophic scarring reported in up to 4.2% of patients),
- fluid collections (seroma) (reported in up to 2.1% of patients),
- hematoma (reported in up to 2.8% of patients),
- tissue death of breast skin or nipple (necrosis reported in up to 0.9% of patients),
- inability to breast feed (lactation difficulties reported in up to 1.6% of patients),
- complications of anesthesia (may occur but specific rates are not publicly available in the MemoryGel® Core study analysis),
- bleeding (may occur but specific rates are not publicly available in the MemoryGel® Core study analysis),
- chronic pain (may occur but specific rates are not publicly available in the MemoryGel® Core study analysis),
- damage to surrounding tissue, such as muscle, nerves, and blood vessels (may occur but specific rates are not publicly available in the MemoryGel® Core study analysis), and
- impact on imaging of breast tissue (may occur but specific rates are not publicly available in the MemoryGel® Core study analysis).

My physician has discussed these risks and has provided me with the patient information booklet/brochure (including the boxed warning) with information on the types of risks that are possible and expected rates of occurrence.

My physician has discussed the potential use of other implanted products during my breast implant surgery. My physician has also discussed the risks and benefits of using these implanted products and their planned surgical approach.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

### Risks of Cancer - Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL)

I understand that breast implants are associated with the development of a type of cancer of the immune system called Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL). Information regarding the number of medical device reports of BIA-ALCL can be found on FDA's website (See "Medical Device Reports of Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma," available at <https://www.fda.gov/medical-devices/breast-implants/medical-device-reports-breast-implant-associated-anaplastic-large-cell-lymphoma>).

As of July 2019, literature reports various estimates for the incidence of BIA-ALCL. These estimated incidence rates have ranged from a high of 1 per 3,817 patients to a low estimate of 1 in 30,000 (Clemens et al, 2017; Loch-Wilkinson et al, 2017; De Boer et al, 2018).

I have received information regarding the overall incidence rates of BIA-ALCL and the rates as they pertain to my specific breast implant.

I understand that this cancer has been reported more frequently for textured breast implants, but that patients with smooth surfaced implants have also been diagnosed.

I understand that patients with breast implants have a risk of developing BIA-ALCL within the scar tissue and fluid surrounding the breast implant.

I understand that BIA-ALCL typically takes several years to develop after implantation, but cases have been reported as early as within one year. Typical symptoms to be aware of include: swelling, breast tightness, pain, lumps, or swelling of the breast months or years after I receive my implants.

I understand that treatment for BIA-ALCL involves an operation to remove the implants and the surrounding scar tissue capsule. Based on the stage of the cancer at diagnosis, some patients have required chemotherapy or radiation. While BIA-ALCL typically responds well to therapy, some patients have died from BIA-ALCL. Diagnosis and treatment may be at my own expense and is not always covered by insurance.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

### Systemic Symptoms

I understand that some patients who have received breast implants have reported a variety of systemic symptoms including joint pain, fatigue, rash, memory loss, and "brain fog" that some patients have called breast implant illness. While the causes of these symptoms are unclear, some patients have reported relief of these symptoms with removal of their implants and surrounding scar tissue capsule, however not all patients may experience improvement in their symptoms. Researchers are working to better understand the possible link between breast implants and these symptoms.

I also understand that some patients with breast implants have reported health problems in their children after birth or breastfeeding. While a causal link between breast implants and these reported health problems in children has not been demonstrated, more research is needed. I understand that breast implants and breast surgery may interfere with my ability to successfully breastfeed.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

Pelosi Medical Center  
**MENTOR MEMORYGEL BREAST IMPLANTS**  
**PATIENT DECISION CHECKLIST**

---

### Breast-Implant Specific Risks

I understand that a breast implant is NOT a lifetime device and the longer I have my implants, the more likely I am to experience a complication and the more likely I am to require a reoperation requiring the replacement or removal of my breast implant. As many as 24.1 percent of women who received breast implants for augmentation had their implants removed within 10 years, but my implants may last for a shorter or longer time (the percentage reported is from the 10-year core study for MemoryGel® breast implants. This rate specified represents the largest reported cumulative 10-year rate across all groups of augmentation patients in the study (both primary and revision)).

I understand that my breast implant may rupture or leak at any time, and that the longer I have my implants, the more likely I am to experience a complication such as rupture.

I understand that gel bleed (small quantities of chemicals diffusing from the implant shell) of silicone gel-filled implants may occur. I understand that if I have a saline-filled implant, my breast may deflate in appearance if there is a rupture or leakage of the saline.

I understand that if I have a silicone gel-filled breast implant, I or the physician may not be able to tell on physical exam whether my implant has ruptured or is leaking silicone gel. Because rupture or leakage of silicone gel-filled breast implants is difficult to detect, I understand that periodic imaging evaluation is recommended for screening of silicone gel-filled breast implant rupture. It is recommended that I have periodic imaging of my silicone gel-filled breast implants to screen for implant rupture regardless of whether my implants are for cosmetic augmentation or reconstruction. These recommendations do not replace other additional imaging that may be required depending on my medical history or circumstances (i.e., screening mammography for breast cancer).

Even if I have no symptoms, I should have regular imaging evaluations as described in the "Recommended Follow-Up" section below. These imaging evaluations may not detect all ruptures or leaks, be costly, and the expense may not be covered by my medical insurance.

I understand that silicone can migrate from my implant into nearby tissues (e.g., chest wall, lymph nodes under the arm) and organs (e.g., liver, lungs) where it may not be possible to remove.

I understand that all breast implants can interfere with mammography and breast exams, which could delay the diagnosis of breast cancer. Mammography can also cause the breast implant to rupture or leak. I should tell the mammography technician if I have breast implants.

The percentages displayed below were reported in the 10-year core study for MemoryGel® breast implants. Each rate specified below represents the largest reported cumulative 10-year rate across all groups of patients in the study (augmentation and reconstruction, both primary and revision). MENTOR® MemoryGel™ Xtra Breast Implants and MENTOR® MemoryGel BOOST™ Breast Implants were not included in the MENTOR® MemoryGel™ Core Study.

I understand that the long-term risks of breast implants may include:

- painful or tightening of scar tissue (capsule) around my implant (capsular contracture III/IV reported in up to 36.9% of patients),
- rupture or leaking of the implant (rupture reported in up to 43.9% of patients),
- wrinkling of the implant (reported in up to 7.0% of patients),
- visibility of the implant edges (may occur but specific rates are not publicly available in the MemoryGel® Core Study analysis)
- shifting of the implant (implant malposition/displacement reported in up to 6.7% of patients), or
- reoperation (reported in up to 50.7% of patients).

I understand that I will receive a patient device card (i.e. Implant ID Card) after my surgery that has information on each of my specific implants. I understand that it is important for me to keep each card in case I or my physician need to know what kind of implant I have many years later.

I understand that all breast implants contain chemicals and heavy metals. I understand that most of these chemicals stay inside the shell of the implant, but small quantities have been found to diffuse (gel bleed) through the implant shell of silicone gel-filled implants, even if the implant is intact and not ruptured or leaking. A list of the components, chemicals, and heavy metals is available in the patient information booklet/brochure.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

### Recommended Follow-up

Even if I have no symptoms, I should have my first ultrasound or MRI at 5-6 years after my initial implant surgery and then every 2-3 years thereafter. If I have symptoms or uncertain ultrasound results for breast implant rupture at any time, an MRI is recommended.

I understand that I will need routine and regular follow-up with my physician as long as I have a breast implant for examination of my breast implant as well as to discuss any updates regarding breast implant issues.

National Breast Implant Registry (NBIR): I understand and have discussed with my physician that there is a National Breast Implant Registry where information regarding my health and breast implant information can be entered. The NBIR may help understand the long-term safety and performance of breast implants.

Patient Registry and Outcomes For breast Implants and anaplastic large cell Lymphoma (ALCL) etiology and Epidemiology (PROFILE): I understand and have discussed with my physician that there is a registry (PROFILE) where information is collected to better understand BIA-ALCL in patients with breast implants.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

Pelosi Medical Center  
**MENTOR MEMORYGEL BREAST IMPLANTS**  
**PATIENT DECISION CHECKLIST**

---

### Questions for my Physician

I have had the opportunity to ask my physician questions about his or her experience, medical degree, specialty of training, and credentials. I understand that breast implants have associated procedural risks and should only be used by physicians who are appropriately trained.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

### Options Following Mastectomy

I understand that breast reconstruction is an elective procedure which I can choose to do or not.

I understand that I may choose not to have breast reconstruction ("going flat") and may choose to use an external prosthesis in my bra to look like I have a breast when wearing clothes.

I understand the surgical options for breast reconstruction, including the use of a breast implant and the use of my own tissue ("autologous reconstruction").

I understand that if my breast implants are ever removed, I may be left with dimpling, chest wall concavity, puckering, or sagging of my breasts or skin.

I understand that more surgeries may be necessary in the future due to complications or to remove or replace the breast implants.

I have discussed all of the options for breast reconstruction with my provider, including whether I am a candidate and the benefits and risks of each, and I believe that breast reconstruction with a breast implant is the best option for me.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

### Breast Augmentation Options

I understand that breast augmentation is an elective procedure to increase the size of my breasts.

I understand that breast augmentation may result in permanent changes to my breast tissue and if my implants are ever removed, I may be left with unsatisfactory appearance, changes to the size and shape of my breasts, including but not limited to dimpling, chest-wall concavity, puckering, sagging, or different incision size or location.

If I am an augmentation patient, any additional surgeries or medical procedures will likely be at my own expense.

**Patient's Initials:** \_\_\_\_\_

### Confirmation Of Discussion of Risks

**Patient:** I acknowledge that I have received and read the patient information booklet/ brochure for the specific implant that will be used during my surgery and that I have had time to discuss the information in it and on this document with my physician. I have had the opportunity to ask questions and understand the benefits and risks of breast implants for me, given my specific health conditions. I have considered alternatives to breast implants, including reconstruction without breast implants, no reconstruction/ augmentation, and their benefits and risks.

\_\_\_\_\_  
 Printed Name

\_\_\_\_\_  
 Patient Signature and Date

**Physician:** I acknowledge that I have discussed the benefits and risks of breast implants as described elsewhere in the patient information booklet/brochure and in this checklist. I have also explained the benefits and risks of the alternatives. I have encouraged the patient to ask questions, and I have addressed all questions.

\_\_\_\_\_  
 Printed Name

\_\_\_\_\_  
 Physician Signature and Date

Pelosi Medical Center

**CERTIFICACIÓN DE TABAQUISMO**

Todos los procedimientos de cirugía estética se realizan para mejorar las formas y en algunos casos las funciones de algunas zonas de nuestro cuerpo. Nuestro objetivo como cirujanos plásticos es lograr una mejora con cicatrices mínimas. Lamentablemente, el tabaquismo y sus efectos secundarios afectan la cicatrización de heridas en una forma potencialmente devastadora. Le agradeceremos sea honesta(o) con nosotros respecto de su exposición al humo para que podamos cuidarla(o) y prevenir problemas y complicaciones con el procedimiento que le vamos a realizar.

Cualquier exposición al humo de forma directa o indirecta puede resultar en una mala cicatrización, una cicatrización retardada, un mayor riesgo de infección de la herida, pérdida de piel y de tejidos más profundos y todo ello debido a un menor suministro de sangre en esas zonas. La reducción del flujo sanguíneo de la piel de los bordes de la herida puede causar que la piel se rompa y se formen costras, lo que afectará negativamente la calidad y la naturaleza de la cicatriz (hay un mayor riesgo de cicatrices hipertróficas o queloides). Esto es cierto en cualquier tipo de procedimiento quirúrgico que requiera de incisiones (inclusive en el caso de eliminar lesiones de la piel y liposucción).

La siguiente es una lista parcial de los procedimientos estéticos y los efectos que fumar o ser fumador pasivo pueden tener en la cicatrización de heridas. No pretende ser una lista completa de todos los procedimientos o de todas las posibles complicaciones. Debido a estos problemas potenciales en fumadores se aconseja la interrupción inmediata de fumar por lo menos 4 semanas antes de las cirugías y abstinencia postoperatoria de por vida o por lo menos por 4-6 semanas.

**Implantes mamarios (Reconstrucción, Expansores de Tejido y Aumento):** Hay un mayor riesgo de retraso en la cicatrización de heridas, contractura capsular de infección del implante con posibilidad de extrusión.

**Reducción de senos y levantamiento de senos (mastopexia):** Puede haber retraso en la cicatrización de la herida dando lugar a cicatrización antiestética y pérdida de piel, así como una posible pérdida del pezón que requiere injerto de piel. En todos los casos las heridas de los pacientes que fuman o que están expuestos al humo no cicatrizan en un periodo de tiempo normal; la cicatrización puede durar de 3 a 4 meses.

**Estiramiento de la Frente:** Puede haber pérdida de pelo, mala cicatrización y cicatrices.

**Abdominoplastia:** Fumar o la exposición al humo disminuye la capacidad de la piel para sanar adecuadamente lo que da como resultado cicatrices antiestéticas, mayor riesgo de infección y pérdida de piel que a veces requiere de un injerto. Una lenta curación de las heridas (meses en lugar de semanas), la pérdida de la piel con la consiguiente formación de costras y la necesidad prolongada de cambiar los apósitos, así como el riesgo de infección (por lo general se requiere de antibióticos y, en ciertos casos de otra cirugía para drenar la infección) son todas las complicaciones que pueden ocurrir si usted fuma o es un fumador pasivo. Si usted ha dejado de fumar recientemente o no ha podido dejar de hacerlo del todo, debe conocer estos riesgos y aceptarlos si desea proceder con la cirugía.

**Liposucción y Transferencia de Grasa:** La posibilidad de complicaciones relacionadas a liposucción están aumentadas (dolor postoperatorio, inflamación, infección, moretones, hinchazón, falta de sensación en la piel, irregularidades de la piel, necrosis de la piel, embolismo de grasa, seroma, cicatriz, cambios de coloración de la piel, etc. Complicaciones asociadas con transferencia de grasa están aumentadas (infección, necrosis de grasa, irregularidades de la piel, y disminución en la retención de la grasa inyectada, etc)

**Iniciales del Paciente**

\_\_\_\_\_ He leído y entendido la Información del Paciente sobre Fumar y la Cirugía Estética y todas mis preguntas relacionadas con este formulario han sido respondidas a mi entera satisfacción por mi cirujano con anterioridad a mi operación el día de hoy.

**SI USTED NUNCA HA SIDO FUMADOR:**

\_\_\_\_\_ Declaro que no nunca he fumado.

**SI USTED HA FUMADO O FUMA ACTUALMENTE:**

\_\_\_\_\_ Declaro que (he dejado /no he dejado) \_\_\_\_\_ de fumar por lo menos cuatro (4) semanas antes de mi cirugía a realizarse el día de hoy.

\_\_\_\_\_ Mi cirujano me ha recomendado no fumar por lo menos seis (6) semanas después de mi cirugía de hoy y de preferencia dejar de hacerlo de manera permanente.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PELOSI MEDICAL CENTER

**CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA**

**AL PACIENTE:** *Como paciente usted tiene derecho a que se le informe sobre su condición y la anestesia/analgesia recomendada para su procedimiento. Con esta información no se pretende alarmarla o atemorizarla; por el contrario, es nuestra intención que luego de conocer los riesgos y peligros de la anestesia /analgesia usted pueda tomar una decisión informada sobre su administración o no.*

Solicito de manera voluntaria que se me administre la anestesia (analgesia) que se indica líneas abajo. Entiendo que la anestesia me será administrada por un anestesista y/u otro médico, como quiera que sea necesario. El peri-operativo comprende el periodo antes, durante y después de la operación.

Entiendo que la anestesia /analgesia supone riesgos y peligros; sin embargo, solicito su administración para protegerme del dolor durante la cirugía o procedimiento programados o cualquier intervención adicional. Entiendo también que existe la posibilidad de un cambio de anestesia sin que se me comunique al respecto.

Entiendo que aunque no suele suceder, pueden presentarse complicaciones serias con los métodos de administración de la anestesia /analgesia, como problemas respiratorios y cardíacos, reacción a los fármacos, daño a los nervios, paro cardíaco, daño cerebral, parálisis o muerte.

Adicionalmente a las complicaciones detalladas en el párrafo anterior, entiendo que otras complicaciones como las que se enumeran a continuación podrían ocurrir.

**\_\_\_\_\_ ANESTESIA LOCAL /ANALGESIA y/o ANESTESIA TUMESCENTE** – somnolencia o aletargamiento, reacciones alérgicas, náuseas y vómitos, nerviosismo o agitación, ansiedad, temor, euforia, confusión, mareos, visión doble o borrosa, contracción muscular generalizada, convulsiones, respiración lenta o insuficiente, bradicardia o ritmo cardíaco lento, vaso dilatación periférica, hipotensión o baja de la presión arterial, disminución de la contractibilidad del miocardio y disminución de la conducción cardíaca o impulsos eléctricos del corazón.

**\_\_\_\_\_ BLOQUEO POR ANESTESIA REGIONAL** – daño al nervio; dolor persistente; sangrado/hematoma; infección; necesidad médica de cambiar a anestesia general; daño cerebral.

**\_\_\_\_\_ CUIDADO MONITOREADO DE LA ANESTESIA (MAC) O SEDACIÓN /ANALGESIA** – disfunción de la memoria /pérdida de la memoria; necesidad médica de administrar anestesia general; daño permanente de un órgano; daño cerebral y necesidad de ser trasladada a un hospital.

Observaciones /riesgos adicionales:

---



---

Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de los métodos de la anestesia /analgesia.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos de la anestesia/analgesia, el procedimiento que se usará, los riesgos y peligros involucrados y las formas alternativas de anestesia /analgesia y considero que poseo la información suficiente que me permite firmar este consentimiento informado.

_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____
Firma del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha	Firma del cirujano	Fecha

PELOSI MEDICAL CENTER

**ANESTHESIA PERIOPERATIVE EVALUATION**

Date	Time	NPO Since	Ht	Wt	ALLERGIES
MEDICAL HISTORY				MEDICATION RECONCILIATION FORM REVIEWED <input type="checkbox"/>	
COVID-19 PCR test result present <input type="checkbox"/> COVID-19 screening done <input type="checkbox"/>				AIRWAY	
SURGICAL HISTORY				MONITOR TESTED & ANESTHESIA CART CHECKED <input type="checkbox"/>	
ANESTHESIA HISTORY				TEETH	
		<b>HISTORY</b>	<b>EVALUATION</b>		<b>PHYSICAL</b>
<b>SYSTEM REVIEW</b>	Cardiovascular	WNL			
	Pulmonary	WNL			
	GU/GYN	WNL			
	Gastrointestinal	WNL			
	Hematologic	WNL			
	Endocrine/Metabolic	WNL			
	Musculoskeletal	WNL			
	Neurologic	WNL			
	CXR	WNL	ECG	BMP	Hgb _____ Hct _____
			WNL		WNL
<b>PLAN OF CARE</b>					
ASA Classification: I    II    III    IV <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Conscious Sedation <input type="checkbox"/> Anesthesia risks, options, benefits discussed with patient Comments: _____					
<b>POST ANESTHESIA CARE NOTE</b>					

\_\_\_\_\_  
PHYSICIAN SIGNATURE



PELOSI MEDICAL CENTER

**PREOPERATIVE CARE RECORD**

Immediate Preoperative Evaluation					
Procedure Date: ____/____/____		Driver's Name/Phone:			
Arrival Time: ____:____		Last time patient ate/drank: ____:____ <input type="checkbox"/> today <input type="checkbox"/> yesterday Describe intake:			
Pt ID verified: Yes / No		<b>Urine Pregnancy Test result</b> __ (neg.) __ (pos.) __ (n/a: age > 55 or hysterectomy)			
Vital Signs:	BP:	HR:	RR:	TEMP: ° F	Wt: lbs
Pre-Op Meds Taken:					
Pain Scale Score: ____ (0 – 10)					
If pain, onset ____/____/____. ____ AM/PM					
Location: _____					

Patient Medical/Surgical History					
Yes	No		Yes	No	
		Recent skin injuries			Sleep apnea
		Rash			Snoring
		MRSA (Methicillin-resistant staph aureus)			Positive HIV test
		Skin infection			Gastrointestinal problems
		Bleeding disorder			Liver problems
		Blood clots			Hepatitis
		Unusual reaction to anesthesia			Kidney problems
		Serious back or nerve injury			Diabetes
		Smoker: <input type="checkbox"/> Past <input type="checkbox"/> Current # packs/day ____			Hypoglycemia
		Chronic cough			Breast implants
		Lung problems			Glaucoma
		Heart problems			Drugs/Substance Use: _____
		Palpitations			_____
		Hypertension			_____
Past Surgeries/Comments: _____ _____					

Pre-op Documentation Present			Belongings/Valuables		
Yes	No		Yes	No	
		Completed History & Physical Exam			Hearing Aid
		Signed Informed Consent			Eyeglasses
		Lab Results (reviewed by physician)			Contact lenses
					Dental appliances
					Jewelry, cash, or other valuables
					If yes to above, Patient Valuables form (no. 063) completed

Preoperative Teaching		
Yes	No	
		Patient positioning during procedure
		Local anesthetic infiltration procedure
		Surgical procedure
		Pain control
		Other:

RN/Surgical Technician Signature: \_\_\_\_\_

## Pelosi Medical Center

## OPERATING ROOM RECORD

Date: ___/___/___	Time in OR: _____:	Surg. Start: _____:	Surg. End: _____:
Surgeon:	Anesthesiologist:	Surgical Technician # 1:	RN:
Surgeon Assistant:		Surgical Technician # 2:	

IV:  NS  RL \_\_\_\_\_ ml bag started with \_\_\_ gauge catheter in \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_

## TUMESCENT ANESTHESIA

Bag #:	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALS
Normal Saline (0.9%)	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	
Sodium Bicarbonate	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	
Epinephrine (mg)									
Tranexamic Acid (mg)									
Lidocaine (mg)	(A)								
mls of bag infiltrated	(B)								
Initial mls in bag	(C)								
Lidocaine mg infiltrated	Ax(B/C)								

**ESU:** Ground Pad placed on \_\_\_\_\_ **Machine:**  Ellman  Covidien Cutting: \_\_\_\_\_ Coagulation: \_\_\_\_\_

2-Way 16 Fr Foley Catheter inserted pre-op:  Yes  No

**Skin Prep Used:**  Betadine Scrub  Betadine Solution  Hibiclens Solution

Pre-op Dx:

Post-op Dx:

Procedure(s) Performed:

**Counts:** **Sharps**  correct  incorrect **Instrument**  correct  incorrect  n/a  
**Sponge/Lap Pad**  correct  incorrect  n/a

**Surgical Checklist Completed:**  Signature: \_\_\_\_\_

Intraoperative Notes:

**Intake**

Total Volume IV Fluid Infused \_\_\_\_\_ ml

Total Tumescent Anesthetic Solution \_\_\_\_\_ ml

**Output**

Voided..... x \_\_\_\_\_

Foley Cath ..... \_\_\_\_\_ ml

Total Volume Aspirated \_\_\_\_\_ ml

- Total Infranatant Fluid \_\_\_\_\_ ml

Total Supranatant Fat \_\_\_\_\_ ml

Total Weight Supranatant Fat (*Total Supranatant Fat ÷ 480*) = \_\_\_\_\_ lb

Fat Transfer to \_\_\_\_\_ ml

Fat Transfer to \_\_\_\_\_ ml

Fat Transfer to \_\_\_\_\_ ml

Patient recovered in OR at \_\_\_\_\_:

**PHYSICIAN SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

# PELOSI MEDICAL CENTER ANESTHESIA RECORD

Date:				Anesthesia Start:				Surgery Start:				Surgery End:				Anesthesia End:							
Surgery:								Surgeon:								Ht:				Wt:			
Time		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Diazepam (mg PO)																							
Diphenhydramine (mg PO)																							
Oxycodone (mg PO)																							
Midazolam (mg IM / IV)																							
Fentanyl (mcg IM / IV)																							
Glycopyrrolate (mg IM / IV)																							
Metoclopramide (mg IM / IV)																							
Ondansetron (mg IM / IV)																							
Propofol (mcg/kg/min IV)																							
Oxygen (L/min)																							
ECG																							
O <sub>2</sub> Sat %																							
ETCO <sub>2</sub>																							
Temp																							
Fluids																							
<b>Pre-Sedation</b>	220																						
BP:	200																						
Pulse:	180																						
RR:	160																						
SaO <sub>2</sub> :	140																						
<b>Monitors</b>	120																						
<input type="checkbox"/> EKG																							
<input type="checkbox"/> ETCO <sub>2</sub>	100																						
<input type="checkbox"/> SaO <sub>2</sub>																							
<input type="checkbox"/> NIBP	80																						
<input type="checkbox"/> TEMP																							
<input type="checkbox"/> Other _____	60																						
ET# _____																							
LMA# _____	40																						
↓ Systolic BP																							
↑ Diastolic BP	20																						
• Pulse																							
O Respirations																							
Anesthesia Notes/Complications:																							
Antibiotic: _____ Gm IVPB at _____																							
Patient Position: _____ <input type="checkbox"/> Pressure points checked and padded																							
IV Fluid _____ ml EBL _____ ml Urine _____ ml																							
Signature: _____																							

PELOSI MEDICAL CENTER

# POSTOPERATIVE CARE RECORD

Date:																		
Time	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
Oxygen (L/min)																		
ECG																		
O <sub>2</sub> Sat %																		
ETCO <sub>2</sub>																		
Temp																		
Fluids																		
<b>Monitors</b>	220 --																	
	200 --																	
	180 --																	
	160 --																	
	140 --																	
	120 --																	
	100 --																	
	80 --																	
	60 --																	
	40 --																	
20 --																		
0 Respirations																		

EKG  
 SaO<sub>2</sub>  
 NIBP  
 TEMP  
 Other \_\_\_\_\_  
 ET# \_\_\_\_\_  
 LMA# \_\_\_\_\_  
 ↓ Systolic BP  
 ↑ Diastolic BP  
 • Pulse  
 O Respirations

Postoperative Care and Discharge Plan														
Yes	No	n/a												
			Dressings applied.											
			Compression garment(s) applied: Type _____ size _____											
			IV access discontinued with cannula intact & no redness or edema noted.											
			Foley catheter removed.											
			Patient given written discharge instructions. A copy remains in the chart.											
			A responsible adult is present to take the patient home.											
			Signature of MD/RN administering meds											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"> <b>1. Consciousness</b>            Conscious, fully awake 2            Arousable when spoken to 1            Not responsive 0         </td> <td style="width: 20%;"> <b>3. Respiratory</b>            Deep breaths &amp; cough freely 2            Dyspnea 1            Requiring assistive ventilation 0         </td> <td style="width: 20%;"> <b>5. Circulation</b>            BP +/- 20% of baseline 2            BP +/- 50% of baseline 1            BP &gt; +/- 50% of baseline 0         </td> <td style="width: 20%;"> <b>7. Pain</b>            Pain free 2            Mild pain 1            Unusual or excruciating pain 0         </td> <td style="width: 20%;"> <b>9. Oral Intake</b>            Tolerates fluids w/o PONV 2            Minimal nausea and no vomiting 1            Nausea and vomiting 0         </td> </tr> <tr> <td> <b>2. Activity</b>            Moves 4 extremities 2            Moves 2 extremities 1            Cannot move extremities 0         </td> <td> <b>4. Oxygenation</b>            Room air sats &gt;92% 2            O<sub>2</sub> to maintain sats &gt;90% 1            O<sub>2</sub> sats &lt;90% despite O<sub>2</sub> 0         </td> <td> <b>6. Dressing</b>            Dry 2            Wet but stationary 1            Wet but growing 0         </td> <td> <b>8. Ambulation</b>            Able to ambulate appropriately 2            Dizziness or vertigo when erect 1            Dizziness or vertigo when supine 0         </td> <td> <b>10. Urine Output</b>            Voided 2            Has not voided 0         </td> </tr> </table>					<b>1. Consciousness</b> Conscious, fully awake 2 Arousable when spoken to 1 Not responsive 0	<b>3. Respiratory</b> Deep breaths & cough freely 2 Dyspnea 1 Requiring assistive ventilation 0	<b>5. Circulation</b> BP +/- 20% of baseline 2 BP +/- 50% of baseline 1 BP > +/- 50% of baseline 0	<b>7. Pain</b> Pain free 2 Mild pain 1 Unusual or excruciating pain 0	<b>9. Oral Intake</b> Tolerates fluids w/o PONV 2 Minimal nausea and no vomiting 1 Nausea and vomiting 0	<b>2. Activity</b> Moves 4 extremities 2 Moves 2 extremities 1 Cannot move extremities 0	<b>4. Oxygenation</b> Room air sats >92% 2 O <sub>2</sub> to maintain sats >90% 1 O <sub>2</sub> sats <90% despite O <sub>2</sub> 0	<b>6. Dressing</b> Dry 2 Wet but stationary 1 Wet but growing 0	<b>8. Ambulation</b> Able to ambulate appropriately 2 Dizziness or vertigo when erect 1 Dizziness or vertigo when supine 0	<b>10. Urine Output</b> Voided 2 Has not voided 0
<b>1. Consciousness</b> Conscious, fully awake 2 Arousable when spoken to 1 Not responsive 0	<b>3. Respiratory</b> Deep breaths & cough freely 2 Dyspnea 1 Requiring assistive ventilation 0	<b>5. Circulation</b> BP +/- 20% of baseline 2 BP +/- 50% of baseline 1 BP > +/- 50% of baseline 0	<b>7. Pain</b> Pain free 2 Mild pain 1 Unusual or excruciating pain 0	<b>9. Oral Intake</b> Tolerates fluids w/o PONV 2 Minimal nausea and no vomiting 1 Nausea and vomiting 0										
<b>2. Activity</b> Moves 4 extremities 2 Moves 2 extremities 1 Cannot move extremities 0	<b>4. Oxygenation</b> Room air sats >92% 2 O <sub>2</sub> to maintain sats >90% 1 O <sub>2</sub> sats <90% despite O <sub>2</sub> 0	<b>6. Dressing</b> Dry 2 Wet but stationary 1 Wet but growing 0	<b>8. Ambulation</b> Able to ambulate appropriately 2 Dizziness or vertigo when erect 1 Dizziness or vertigo when supine 0	<b>10. Urine Output</b> Voided 2 Has not voided 0										
<b>Total Aldrete Score:</b> _____ <b>Score must be 18 – 20 to meet discharge criteria</b>														
<b>Time</b>	<b>Notes</b>													

Discharged from Center at \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_

## Pelosi Medical Center

## Breast Augmentation Operative Report

Date of Procedure: \_\_\_\_\_ Surgeon/Assistant: \_\_\_\_\_

Anesthesia/Anesthesiologist: \_\_\_\_\_

Fluid Intake: \_\_\_\_\_ ml EBL: \_\_\_\_\_ ml Drains:  None  Jackson-Pratt on Right  Jackson-Pratt on Left

Height/Weight/Parity: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in / \_\_\_\_\_ lbs / \_\_\_\_\_

Pre-Operative Diagnosis:  Transaxillary Subpectoral Breast Augmentation Requested Inframammary Breast Augmentation Requested Peri-Areolar Breast Augmentation Requested Other: \_\_\_\_\_

Post-Operative Diagnosis: Same

Procedure:

 Transaxillary Subpectoral Endoscopic Breast Augmentation with Saline Implants, Bilateral Inframammary Subpectoral Breast Augmentation with  Saline  Silicone Implants, Bilateral Peri-Areolar Subpectoral Breast Augmentation with  Saline  Silicone Implants, Bilateral Primary Procedure Revisionary ProcedureRound Smooth Implants:  Moderate  Moderate Plus  High Profile

Right: Mentor 350- \_\_\_\_\_ Final Fill Volume: \_\_\_\_\_ Left: Mentor 350- \_\_\_\_\_ Final Fill Volume: \_\_\_\_\_

**Clinical Findings:**

This is a \_\_\_-year-old female with a pre-operative diagnosis described above who after a discussion of the risks, benefits and expected outcomes of all treatment alternatives, consented to the procedure described above and signed written informed consent.

**Description of Procedure:**

The patient was marked for  transaxillary  inframammary  peri-areolar  subpectoral  subglandular breast augmentation and photographs were taken. She was brought to the operating room, intravenous access was established and prophylactic antibiotics were administered. She was positioned comfortably for surgery.

She was then placed under an adequate level of anesthesia, then prepped and draped in the usual sterile fashion for breast augmentation. Anti-embolic pneumatic compression stockings were placed on the lower extremities.

The procedure was initiated on the  right  left side.

Trans-axillary breast augmentation was initiated. After injecting the axillary skin and subcutaneous tissue with 50mL of dilute lidocaine solution, a 4-cm skin incision was made in a transverse direction along a skin crease.

Since this was a primary case, superficial subcutaneous dissection was carried out to expose the lateral border of the pectoralis major muscle. The lateral fascia over the pectoralis major muscle was divided and the subpectoral space was entered laterally under the upper portion of the pectoralis major muscle. No undue bleeding was encountered during this dissection. Gentle, blunt finger dissection beneath the pectoralis major muscle was made extending as far laterally and inferiorly as possible to create a space for the endoscope. The space was further dissected with a blunt breast dissector with a gentle sweeping motion.

The endoscope was attached to the endoscopic retractor and advanced through the incision into the subpectoral space under direct video surveillance without complications. The undersurface of the pectoralis major, the juncture of the muscles origins, and the chest wall and ribs were clearly identified. The unipolar spatula was advanced into the subpectoral space and employed to divide the pectoralis major muscle from the level of the areola extending inferiorly and laterally to the lateral extent of the muscle staying approximately 1 cm above the chest wall, avoiding damage to the undersurface of the breast skin, and maintaining absolute hemostasis.

The endoscope was removed and the Agris-Dingman dissector was inserted into the subpectoral space. With a gentle, blunt sweeping motion, the lower pocket was advanced to the level of the new inframammary fold. The lateral aspect of the pocket was dissected bluntly in a similar fashion with care taken to avoid damage to the antero-lateral sensory nerves. Hemostasis was confirmed endoscopically following this maneuver.

A breast sizer was inserted through the incision into the subpectoral space, inflated with air to the volume of the proposed implant and the adequacy of the pocket was confirmed. The sizer was left in place and the operation was repeated uneventfully on the contralateral side.

## Pelosi Medical Center

**Breast Augmentation Operative Report**

---

Both implant pockets were then assessed for symmetry. The breast sizer was deflated and removed, the implant pocket was re-assessed endoscopically, hemostasis was confirmed, and the pocket was irrigated thoroughly with saline solution containing an antibiotic.

Since this was a revisionary  axillary  inframammary  peri-areolar case, superficial subcutaneous dissection was carried out to expose the existing breast implant capsule. The capsule was opened with a combination of sharp and electrosurgical dissection and the breast implant was exposed. The implant was then drained and removed.

The breast implant was prepared according to the manufacturer's directions, inserted through the incision in proper alignment with care taken to avoid touching the skin, then inflated with saline to the minimum implant volume. The fill valve was left attached.

The procedure was limited to the  right side  left side.

The procedure was repeated contralaterally.

The patient was then placed in a seated position to confirm symmetry, small volume additions were made to reach the desired final implant volume(s), the fill valves were removed from the implants, and the skin incisions were closed in layers with 4-0 delayed-absorbable monofilament sutures.

Dressings were placed over the skin incisions. She tolerated the procedure well and was brought to the recovery area in stable condition.

---

Surgeon Signature

---

Date