

DICHIARAZIONE DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO

INTERVENTI PER MALATTIE PROCTOLOGICHE

Io sottoscritto avendo ricevuto la proposta di sottopormi ad intervento chirurgico per posta diagnosi di,
Dichiaro, in piena capacità d'intendere e di volere:

- di essere stato messo al corrente dai medici della natura e caratteristiche della mia malattia;
- di essere stato edotto della procedura tecnica che mi è stata proposta, dell'approccio chirurgico, nonché dei vantaggi e delle complicanze che detto intervento può presentare, secondo le statistiche operatorie più accreditate. Sono altresì informato che l'esito cicatriziale cutaneo perianale potrà avere estensione variabile, in funzione delle particolari caratteristiche della mia malattia; tale cicatrice potrà essere disestetica, in base alle mie attitudini cicatriziali;
- di aver ricevuto un opuscolo informativo (solo per utenti con malattia emorroidaria)
- di dare il consenso ad Intervento Chirurgico per:
 - 1) EMORROIDI emorroidectomia [] legatura elast/sclerosi [] guidadoppler legatura/laser []
 - 2) PROLASSO MUOCO-EMORROIDARIO prolassectomia con emorroidopessi []
 - 3) RAGADE ANALE sfinterotomia [] anoplastica [] escissione [] divulsione []
 - 4) FISTOLA PERIANALE fistulotomia [] fistulectomia [] setone [] flap []
 - 5) RETTOCELE transanale [] transvaginale [] transperineale []
 - 6) RETTOCELE-INTUSSUSCEZIONE cura con doppio stapler e/o retto-rettoanastomosi []
 - 7) PROLASSO RETTALE COMPLETO transanale [] transperitoneale []
 - 8) CONDILOMATOSI exeresi [] diatermocoagulazione []
 - 9) INTERV. COMBINATO PROCTO-URO-GINECOLOGICO sì protesi [] no protesi []
 - 10) SINUS PILONIDALIS tecnica aperta [] tecnica chiusa []
 - 11) ALTRO : []
- di autorizzare, se necessario, prelievi di sangue per la ricerca HIV e/o trasfusioni di sangue;
- di essere informato che l'anestesia loco-regionale utilizzata potrà comportare rischi;
- di essere a conoscenza: a) della possibilità che residuino sequele;
b) della possibilità di recidive;
c) della possibilità di ulteriori tempi chirurgici;
d) della possibilità di complicanze, anche non strettamente correlate

..l.. sottoscritt.....dichiara di essere stat... chiaramente ed esaurientemente informat..., dal personale medico del reparto, della patologia di cui è affetto, dell'opportunità di intervento chirurgico, delle possibili alternative terapeutiche, delle più frequenti e gravi complicanze che possono presentarsi nel corso dello stesso intervento o secondariamente ad esso. Si è ampiamente discusso anche di altre problematiche, di seguito non espressamente descritte, connesse alle proprie condizioni cliniche, alle possibili terapie, ai rischi ed alle complicanze.

COMPLICANZE

Sono a conoscenza che le complicanze relativamente più frequenti possono essere:

- sanguinamento post operatorio precoce (entro 12/24 ore dall'intervento). Potrebbe rendersi necessario un ritorno in sala operatoria per effettuare l'emostasi.
- sanguinamento post operatorio tardivo (generalmente fino a 15 giorni dall'intervento). Potrebbe rendersi necessario un ritorno in sala operatoria per effettuare l'emostasi.
- dolore postoperatorio: in genere controllabile con comuni analgesici, ma talvolta più prolungato nel tempo
- lieve incontinenza per i primi giorni, ma talvolta settimane
- ritenzione di urina (potrebbe rendersi necessaria l'applicazione di un catetere urinario nelle prime 12/24 ore dall'intervento).
- permanenza delle agrafes metalliche all'interno del canale anale per più di un mese.

Sono inoltre a conoscenza che le complicanze molto più rare ma descritte possono essere:

- 1) suppurazione
- 2) dolore postoperatorio prolungato
- 3) recidiva emorroidaria
- 4) stenosi
- 5) incontinenza parziale o completa (maggiore frequenza in interventi per fistola anale)
- 6) ematoma
- 7) perforazione del retto
- 8) fistola retto-vaginale
- 9) sepsi pelvica
- 10) pneumoretroperitoneo

Ad ogni intervento chirurgico possono seguire complicanze generiche (es: sezione e lesione di vasi e nervi, broncopolmoniti, infezioni alle vie urinarie, flebiti e trombosi con possibili embolie, reazioni allergiche, insufficienze respiratorie e/o cardiocircolatorie, decesso). Consapevole che non esiste garanzia sul risultato finale, avendo letto e compreso integralmente quanto riportato sopra e non avendo altre domande da porre,

DICHIARO

di accettare l'intervento chirurgico proposto, che mi è stato spiegato nei dettagli, con le possibili varianti che saranno ritenute necessarie nonché il trattamento di altre patologie che dovessero essere rilevate nel corso dell'intervento operatorio.

Edotto di quanto sopra esposto con parole semplici e chiare dal Prof/Dott,

Rilascio il mio pieno consenso informato alle pratiche di cui sopra e acconsento all'intervento chirurgico, sollevando questa struttura e l'equipe Operatoria da conseguenze derivanti dall'atto decisionale di accettazione di quanto sopra esposto, atto da me liberamente preso.

Autorizzo i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.

Autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Autorizzo a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografate da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Vista la legge 676/96 e il D.L. 123/97 sulla privacy,

Autorizzo NON Autorizzo inoltre i sanitari e il personale della struttura in cui sono ricoverato a trattare i miei dati personali e la documentazione sanitaria.

Letto, confermato e sottoscritto

Data

Il/La Paziente o il Tutore

Il Medico

Dichiarazione di dissenso

Ciò premesso, Io sottoscritto

Non Autorizzo i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.

Non Autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Non Autorizzo a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografate da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Data

Il/La Paziente o il Tutore

Il Medico