



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

Asportazione chirurgica con trattamento tramite TEM

CONSENSO INFORMATO A:

1- PROCEDURE DIAGNOSTICHE E/O TERAPEUTICHE; 2-A REGISTRAZIONE E TRATTAMENTO DEI DATI CLINICI E DI VIDEO O IMMAGINI 3- AUTORIZZAZIONE A FORNIRE COPIA DELLA PRESENTE CARTELLA CHINICA AI MEDICI DEL REPARTO DI CHIRURGIA

Note informative per il paziente

Il consenso va inteso come un processo educativo che esiti nella decisione concordata di perseguire uno specifico piano diagnostico e/o terapeutico di trattamento proposto dal medico e condiviso dal paziente. Il paziente ha il diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia, alla terapia proposta e alla prognosi.

Il consenso è indispensabile per ogni atto medico e non può ritenersi implicito all'accettazione della cura fatto salvo il pericolo attuale di danno grave alla persona. Il consenso è personale e non delegabile ad altri.

Se il soggetto è incapace per età, infermità psichica e/o fisica ad esprimere il proprio libero intendimento, il consenso deve essere espresso dal tutore o dall'esercente la potestà.

Il consenso espresso non solleva gli operatori da eventuale imperizia, imprudenza, negligenza o colpa.

Il paziente ha diritto di poter recedere in qualunque momento dal consenso espresso dandone comunicazione scritta al Responsabile prima dell'intervento..

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a.....

nato/a.....il

Residente in.....CAP..... Via.....

Tel.....Cell.....

dichiaro di essere ricoverato/a presso questa Casa di Cura in quanto la patologia riscontrata da cui sono affetta, ovvero **neoplasia**.....necessita di asportazione chirurgica che presumibilmente potrà consistere nel trattamento mediante TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) di intervento detto (Endoluminal Loco-regional Resection) ovvero Resezione endoluminale del retto, alternativamente si può presentare nel corso dell'intervento la necessità di dover procedere ad interventi più aggressivi sul piano terapeutico quale la resezione anteriore per via laparoscopica o per via open o addirittura più mutilanti quali la resezione addomino-perineale con sacrificio permanente dello sfintere tutto ciò in relazione alle condizioni anatomiche riscontrate intra-operatoriamente.

La scelta del tipo di intervento e dell'iter diagnostico dipende da molteplici fattori che mi sono stati illustrati dal Prof./Dott. in presenza del Dott.

Dichiaro inoltre di essere stato informata/o:

- sulla prevedibile evoluzione della patologia (in relazione alla storia naturale della stessa);
- sulla natura e sugli scopi dei procedimenti diagnostici e terapeutici;
- sulla natura e sugli scopi del trattamento proposto;
- sui risultati e benefici che ci si può attendere;

Inoltre dichiaro di essere stata informata/o:

FIRMA DEL PAZIENTE.....



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

- sulle possibili complicanze o su le problematiche a breve ed a lungo termine che l'atto chirurgico e/o la terapia radiante possono causare nel tempo con particolare riferimento all'attività funzionale dello sfintere nonché degli altri organi pelvici.
- Sui prevedibili disagi e rischi che ne possono derivare
- Sulle possibili alternative al trattamento proposto
- Ho compreso che durante l'intervento chirurgico proposto si possano determinare situazioni impreviste che richiedono l'esecuzione di procedure straordinarie anche più mutilanti da quelle previste e su indicate.
- Pertanto autorizzo fin d'ora l'esecuzione di queste eventuali procedure qualora se ne presentasse la necessità e le mie condizioni psicofisiche non mi consentissero di esprimere nuovo consenso. Sono comunque consapevole che presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno alla mia persona, verranno poste in atto tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Dichiaro di essere stata informata delle complicanze e dei rischi generici che possono conseguire alla terapia chirurgica programmata, in particolare il **rischio d'infezione, emorragia postoperatorie, reazione ai farmaci, complicanze da trasfusione di sangue, trombosi venosa (frequente nei pazienti neoplastici), embolia arteriosa, perdita della sensibilità, perdita della funzionalità totale o parziale di organi o funzioni, paralisi, danni cerebrali, insufficienza respiratoria, renale od altre complicanze anche letali**, il tutto con specifico riferimento alle mie condizioni di salute ed alla mia età.

Inoltre, qualora si proceda alla via endoluminale (trans anale ovvero attraverso l'ano) sono stata informata circa la possibilità di convertire l'intervento "a cielo aperto" o per via laparoscopica con cicatrici cutanee di lunghezza variabile con possibile aspetto antiestetico o doloroso correlato alla mia attitudine a cicatrizzare.

Dichiaro di essere stata informata che la chirurgia del colon-retto è, tra tutti gli interventi addominali, quello che è gravato dalla più alta percentuale di complicanze e sequele funzionali postoperatorie e pertanto di essere consapevole, che oltre alle comuni complicanze generiche di ogni intervento, l'intervento cui sarò sottoposta è gravato dalle possibili complicanze e sequele specifiche. Le principali delle quali sono di seguito riportate ed indicate anche nelle Linee Guida della Società Italiana di Chirurgia e delle principali Società Chirurgiche Internazionali:

- durante l'intervento per specifiche difficoltà tecniche legate alla anatomia del soggetto o alle modificazioni indotte dalla neoplasia si può rendere necessaria la confezione di una **STOMIA** (la cosiddetta sacchetta).
- **ematomi** che sono più frequenti nei pazienti sottoposti nel periodo antecedente l'intervento a trattamento cronico con anticoagulanti, cardioaspirina o similari. Tali ematomi possono essere concause di altre successive complicanze, quali: infezioni, deiscenze, ascessi ecc.
- **infezioni o ascessi**,
- **deiscenza della sutura** che occorre con una significativa frequenza di casi, in letteratura riportati in oltre il 10% dei casi
- formazione di **ascessi** che può richiedere un drenaggio anche chirurgico;
- **suppurazioni** che si possono verificare sia nello scavo pelvico che nelle sedi delle cicatrici chirurgiche in conseguenza dell'impianto di germi presenti nelle feci. Esse possono essere risolte con adeguate medicazioni ambulatoriali ed una corretta toilette a domicilio.
- **incontinenza ai gas ed anche alle feci** generalmente di breve durata da ricondurre sia alla attività sfinteriale propria del soggetto pre-esistente all'intervento e sia alla



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

entità della asportazione che si è dovuto operare in relazione patologia della quale sono affetto ; **tali problematiche possono richiedere cicli di trattamenti di " Bio-feed back" che vanno eseguiti in centri specializzati.**

- Da sottolineare che il recupero **del tono sfinteriale** e quindi della continenza sfinteriale, è dipendente esclusivamente dalla perseveranza del paziente nell'esercizio costante dello sfintere nel periodo post-operatorio.
- **recidiva della neoplasia localmente o con metastatizzazione.**

- **Inoltre sono stato resa/o edotta/o circa l'importanza, in caso di una delle complicanze postoperatorie indicate, di contattare immediatamente i Medici del Reparto di Chirurgia della Casa di Cura e di evitare ove possibile di essere sottoposta (in strutture ospedaliere o cliniche non indicate dall' Equipe operatrice in quanto tali strutture, non praticano il su indicato trattamento chirurgico endoluminale mediante TEM) ad esplorazione rettale, ad accertamenti endoscopici od a manovre diagnostiche o terapeutiche intrusive.**

- Dichiaro di essere consapevole che dovrò attenermi scrupolosamente al programma postoperatorio di medicazioni, cicli di terapia locale su indicati, controlli periodici secondo le modalità che verranno indicate, e che **tale programma postoperatorio costituirà parte integrante ed irrinunciabile dell'intervento stesso, il cui esito finale è strettamente legato alla stretta osservanza di queste prescrizioni.**

- Ed inoltre sono stata/o altresì informata/o della necessità di sottopormi nel postoperatorio (ovvero nei mesi e negli anni) con assoluto rispetto temporale ai controlli clinici e strumentali (es: TAC, RM, ecc) che mi sono stati indicati dall' Equipe chirurgica con lo scadenzario che mi verrà consegnato nel postoperatorio anche in relazione alla stadiazione che deriva dall'accertamento istologico.

Dichiaro di essere altresì consapevole che le cicatrici chirurgiche possono risultare a volte dolorose, ed ipertrofiche (cheloide) di aspetto alterante la cosmesi, eventi questi che sono in larga misura legati alla reattività individuale.

In conclusione dichiaro altresì di essere stata/o informata/o degli obiettivi, dei benefici, degli eventuali rischi, delle complicanze specifiche, dei risultati ottenibili con l'intervento proposto nonché delle possibili alternative terapeutiche e delle prevedibili conseguenze derivanti dal rifiuto del trattamento proposto.

Infine mi è stato ricordato che anche nella vita abituale si possono verificare, in maniera del tutto imprevedibili degli eventi di morte improvvisa (o morte elettrica) attualmente non diagnosticabile con alcuna metodologia, e che sono indipendenti dai fattori di rischio, dalla età o da altre patologie diagnosticabili. Tali eventi nefasti, seppur rari, sono stati riportati con molta enfasi dai mass-media anche nel caso di soggetti giovani, sportivi ed in perfette condizioni fisiche possono occorrere in qualsiasi momento della nostra vita e quindi anche in occasione dell'intervento al quale sarò sottoposto (fase pre-, intra- e post-operatoria).

Dichiaro

- **di non aver mai assunto nei giorni antecedenti l'intervento terapie con anticoagulanti, antiaggreganti o similari (cardioaspirina, ecc), ne ipoglicemizzanti orali (merformina ,ecc).**



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

- **di non presentare altri sintomi che possano essere suggestivi per altre patologie, oltre a quelli da me indicati all'atto della compilazione del presente consenso che si riferiscono esclusivamente alla patologia per la quale sarò sottoposto all'attuale intervento.**
- **di aver compreso tutte le informazioni che mi sono state date e di essere stato messo in condizione di ricevere risposta a tutti i dubbi, pertanto tutto ciò premesso e avendo preso visione di questo documento in maniera compiuta ed avendolo compreso in tutti i suoi punti.**

Dichiaro altresì di essere stata informata/o degli obiettivi, dei benefici, degli eventuali rischi, delle complicanze specifiche, dei risultati ottenibili con l'intervento proposto nonché delle possibili alternative terapeutiche e delle prevedibili conseguenze derivanti dal rifiuto del trattamento proposto.

Dichiaro di essere altresì consapevole che le **cicatrici chirurgiche possono risultare a volte dolorose**, ed ipertrofiche (cheloide) di aspetto alterante la cosmesi, eventi questi che sono prioritariamente legati alla specifica reattività individuale.

Quindi autorizzo l'Equipe chirurgica della Casa di Cura ad eseguire su di me le metodiche Diagnostiche, Anestesiologiche (il cui specifico consenso informato è stato da me già approvato) e Terapeutiche utili in rapporto alla patologia della quale sono portatore.

Acconsento inoltre all'eventuale infusione di sangue e/o emoderivati, se i sanitari lo ritengano necessario essendo stato edotto circa i rischi legati al loro uso.

Sono espressamente consenziente acciocché possano essere effettuati test anti-HIV per la valutazione della sindrome da immunodeficienza acquisita e di tests per altre patologie virali o non.

ACCONSENTO
TESTS

NON ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DEI

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO CONSAPEVOLE DEI

**RISCHI ALLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE ED AI TRATTAMENTI
TERAPEUTICI PROPOSTI**

Inoltre specificamente autorizzo il trattamento e l'archiviazione cartacea e/o computerizzata dei dati anagrafici e clinici, la registrazione di immagini su supporto elettronico e/o magnetico e preventivamente ne autorizzo la loro diffusione e l'utilizzo per la realizzazione di studi clinici e/o per finalità didattiche e scientifiche. Parimenti autorizzo preventivamente l'invio al mio medico curante di comunicazioni che si riferiscano alle mie condizioni cliniche ed inoltre autorizzo l'invio di comunicazioni, per ulteriori controlli del mio stato di salute, alle persone appresso indicate nella presente dichiarazione di consenso.

Autorizzo fin da ora la struttura presso la quale sono ricoverato a fornire ora ed in futuro copia della cartella clinica del presente ricovero ai Medici dell' Equipe chirurgica della Casa di Cura senza possibilità di revoca di questa autorizzazione da parte mia o di chi per me,
Quanto sopra in deroga ed in relazione alla legge sulla privacy n. 675/96 in vigore dall'8.5.1997.

DATA,..... Firma del paziente.....



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

Firma dei medici che hanno dato l'informazione.....
.....

Al fine di formulare delle richieste inerenti il mio stato di salute e al fine dell'invio della documentazione clinica (esame istologico, ecc.) autorizzo i medici del reparto a contattarmi all'indirizzo riportato in cartella o alternativamente autorizzo a contattare:

Il Sig(grado di parentela)

Via..... Città
CAP.....

Telefono fisso.....
Cellulare.....

ed il Medico Curante nella persona

del DottN. Codice Regionale

Via.....Città CAP.....

Telefono
fisso.....Cellulare.....
.....

Email.....

Data..... Firma del paziente

FIRMA DEL PAZIENTE.....