



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

Reparto di Chirurgia Generale

Consenso Informato Ernia iatale

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il _____ dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dott. _____ che l'affezione riscontratami è un'ERNIA dello JATO ESOFAGEO e che per essa è indicato l'intervento chirurgico.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che questa è un'affezione che consiste nel passaggio di una parte di stomaco al di sopra del diaframma (muscolo che divide il cavo addominale dal cavo toracico) in cavità toracica.

Sono stata/o chiaramente informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento chirurgico (che verrà eseguito in anestesia generale locale loco-regionale) consisterà in **PLASTICA DELLO IATO CON VALVOLA ANTIREFLUSSO secondo _____** ovvero nel riposizionamento dello stomaco nella sua sede e nel restringimento del foro diaframmatico dello iato mediante una plastica e confezionamento di una valvola che impedisca il reflusso del contenuto gastrico nell'esofago e che questo intervento verrà eseguito per **via laparoscopica laparotomica** e che tuttavia potrebbe essere necessario durante l'intervento modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria. e procedere all'intervento con laparotomia mediana, nel caso in cui l'intervento sia iniziato per via laparoscopica.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, quali la terapia medica), gli eventuali rischi e/o le menomazioni prevedibili. Sono anche stata/o informata/o sulla possibilità che l'ernia si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento.

Sono stata/o informata/o dei limiti della procedura e delle possibili complicanze ad essa legate, quali:

- **emorragie ed ematomi** postoperatori che potrebbero rendere necessario un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico;
- **lesioni della milza** con la necessità di praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con rischio di trombosi, e nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni;
- Insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**
- Formazione di **aree atelettasiche** o di **addensamento polmonare** con successivi fatti infettivi a carico dei polmoni ed eventuale versamento pleurico
- **gas bloat syndrome**: impossibilità ad eruttare, accompagnata da senso di ripienezza gastrica e malessere persistente.
- **disfagia**: impedimento al transito esofageo dovuto ad una plastica eccessivamente stretta. Può comunque regredire in poche settimane spontaneamente o con una dilatazione. In caso di persistenza può essere indicato il **reintervento**.
- **rottura della plastica**: i fili di sutura possono lacerare la muscolatura dei pilastri diaframmatici e far ricomparire l'ernia.
- **scivolamento del fondo gastrico** al di sopra della plastica: (fenomeno del telescopio) con conseguenze analoghe alla rottura della plastica.

Tutte queste complicanze sono fortunatamente divenute abbastanza rare grazie a particolari accorgimenti tecnici che vengono messi in pratica (calibratura, ancoraggio della plastica, ecc).

- **infezione** della/e ferita/e chirurgiche

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacológica, ecc.
Altre complicanze o sequele potrebbero essere rappresentate da _____

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informato sulla frequenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) spiegandomi come questo tipo di chirurgia, benché eseguito con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta: _____

Sono stata/o inoltre informata/o che residueranno in ogni caso una o più cicatrici a livello addominale toracico o in altra sede.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile o da un danno grave alla mia persona o se si constatassero difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a portare a termine l'atto chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettatomi.

Ciò premesso, **Dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente.

Dichiaro, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da chiedere.

Consapevolmente, quindi, **Acconsento** **Non Acconsento** al trattamento chirurgico propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.

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

Autorizzo **Non Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Autorizzo** **Non autorizzo** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel rispetto completo della mia privacy.

Data _____

Firma del Medico

Firma del/la Paziente

Nome. Cognome e Firma di eventuali testimoni
