



Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa

Partita Iva / Codice Fiscale: 09037401008

Via V. Veneto, 29 67051 Avezzano (Aq)

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

Reparto di Chirurgia Generale

Responsabile dell'U.O.

Dott. Pasquale Simone

Io sottoscritto/a....., nato/a a.....,il.....,residente....., dichiaro di essere stato/a informato/o sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott.....,che per la patologia riscontratami: **CALCOLOSI RESIDUA della Via Biliare** è indicato l'intervento chirurgico.

Sono stata/o informato/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate l'intervento previsto consisterà in una **ESPLORAZIONE** della Via Biliare Principale con rimozione dei calcoli in essa presenti con ripristino del flusso biliare, creando una nuova via con una anastomosi bilio-digestiva (ovvero col drenaggio della bile nell'intestino) **COLEDOCO-DUODENOSTOMIA**.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto anche che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

Sono anche stato/a esaurientemente informato/a che questo intervento può essere gravato da complicanze intraoperatorie (per la complessità o variabilità anatomica delle strutture) e/o postoperatorie, queste ultime anche a distanza variabile di tempo dall'intervento:

- **lesioni vascolari** di rami arteriosi maggiori dell'arteria epatica, la cui terapia è in funzione della gravità del danno;
- **emorragie** che possono richiedere un reintervento chirurgico;
- **lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti o per la progressione neoplastica;
- **lesioni cicatriziali** tardive della via biliare extraepatica o delle anastomosi confezionate;
- **deiscenze postoperatorie** delle anastomosi confezionate con perdite biliari e/o ileali, che se non risolubili con terapie conservative, possono richiedere reinterventi;
- **pancreatite acuta**, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Quest'ultima è una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-pancreatico.
- **calcolosi residua** della via biliare principale, che potrebbe richiedere metodiche aggiuntive per la risoluzione del problema, come la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) nel corso della quale possono anche essere asportati calcoli;
- **occlusioni intestinali**, specie se si ricorre al confezionamento di anastomosi bilio-digestive. Anche questa complicanza può richiedere un reintervento;
- **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 potrebbero essere rappresentate da:-----

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informata/o sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che la loro frequenza può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o (-----
-----)

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propositami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento 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 a voce.

Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente

. **Accenso** **Non Accenso** a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

: **Autorizzo** **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.

. **Autorizzo** **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;

. **Accenso** **Non Accenso** a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge sulla privacy.

Data.....

Il Paziente

Il Medico
