



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 _____ nata/o a _____ il _____
dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la visita che durante il ricovero, in modo a me
chiaro e comprensibile dal Prof/Dr _____ che, per la patologia riscontratami:
ASCESSO , **FISTOLA PARASACRO-COCCIGEA** , **MALATTIA PILONIDALE** è
indicato il trattamento chirurgico.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che l'ascesso parasacro-coccigeo o pilonidale è una
cavità ripiena di pus che si forma in sede parasacrale poco sopra il coccige dovuta alla suppurazione
acuta o cronica di formazioni cistiche contenenti peli, localizzate nella linea mediana del sacro e/o
del coccige, **SINUS PILONIDALIS**. L'ascesso si può complicare con tramite sottocutanei laterali
o più raramente verso il canale anale formando le fistole parasacrali e paracoccigee.

Sono stata/o molto chiaramente informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la
cura degli ascessi e delle fistole anali è esclusivamente chirurgica ed essa prevede, a seconda della
complessità del caso, uno o più interventi con tempi lunghi di guarigione e necessità di numerose
visite e medicazioni.

Mi è stato chiaramente spiegato che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento
previsto consisterà: nell'**INCISIONE (E DRENAGGIO) DELL'ASCESSO** , in **anestesia
locale** o locoregionale, mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se
necessario, a sedativi, per permettere la fuoriuscita del pus.

Sono stato/a chiaramente informato/a anche che il trattamento della **FISTOLA PARASACRO-
COCCIGEA** o **MALATTIA PILONIDALE** consiste nella asportazione del tessuto cutaneo
comprendente il/i tramite/i fistoloso/i (**FISTULECTOMIA**) ed il tessuto sottocutaneo fino ad
arrivare al tessuto fasciale che riveste l'osso sacro. L'ampiezza dell'escissione e di conseguenza
della ferita dipende dalla complessità della malattia. In relazione alle situazione locale ed alla
complessità della malattia, la ferita potrà essere suturata con punti, **TECNICA CHIUSA** ,
utilizzando o meno una plastica cutanea a lembo con posizionamento di drenaggio, oppure lasciata
aperta, **TECNICA APERTA** .

Mi è stato spiegato che l'intervento necessario per la cura della fistola avverrà in **anestesia loco-
regionale** (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a
sedativi, ma che in alternativa ed in situazioni particolari, può essere impiegata **l'anestesia
generale**.

Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali
rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato anche detto della possibilità che la fistola si riformi
a distanza variabile di tempo dall'intervento e/o che l'ascesso recidivi, se è stato trattato solo in
urgenza col drenaggio.

Sono stata/o informata/o che è necessario un ricovero che può durare da poche ore ad alcuni giorni in ragione dell'entità del problema da trattare e del tipo di anestesia praticata e che la sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate o tardive e che ognuna di esse può richiedere un reintervento. Le più frequenti sono:

- **sanguinamento**, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;
- **ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- **suppurazione** delle ferite 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 anestesiologicala, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze possibili sono: _____

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la presenza di una fistola può essere espressione di una malattia cronica intestinale, in rarissimi casi anche di una malattia neoplastica e che l'esame istologico effettuato di routine, può indirizzare verso tali patologie. Sono, inoltre, informata/o che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

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 prospettato.

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

Acconsento **Non Acconsento** 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;

Acconsento **Non Acconsento** 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 _____

Firma del Medico

Firma del/della paziente
