



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

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 AL PROF/DOTT. O A SUOI COLLABORATORI ANCHE NEGLI ANNI FUTURI

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

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a

nato/a.....il / /

Residente in.....Città.....Via.....

C.A.P..... Tel.....Cell.....

Dichiaro di essere ricoverato presso questo reparto in quanto la patologia riscontrata (o sospettata) di cui sono affetto da:

-

di verosimile natura benigna che necessita di trattamento chirurgico che presumibilmente consista nella splenectomia, interventi questi la cui esecuzione sarà iniziata con un approccio laparoscopico ma che può necessitare la conversione a cielo aperto.

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

Dichiaro di essere stato informato:

- 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 stato informato:

- Sulle possibili complicanze
- 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 imprevedute 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 stato informato delle complicanze e dei rischi generici che possono conseguire alla terapia chirurgica, in particolare **il rischio d'infezione, emorragia postoperatorie, reazione ai farmaci, complicanze da trasfusione di sangue, trombosi venosa, 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.**

Inoltre, qualora si proceda alla via laparoscopica sono stato informato circa la possibilità di convertire l'intervento "a cielo aperto" con cicatrice cutanea di lunghezza variabile con possibile aspetto antiestetico correlato alla mia attitudine a cicatrizzare.

Dichiaro inoltre di essere consapevole, che oltre alle comuni complicanze generiche di ogni intervento, l'intervento cui sarò sottoposto non è scevro dalle possibili complicanze e sequele specifiche di seguito riportate nelle Linee Guida di società scientifiche internazionali che della Società Italiana di Chirurgia):

- **emorragie:** il tessuto splenico è molto friabile e l'emostasi in alcune situazioni patologiche proprie della patologia splenica (alterazioni coagulative, ecc.) può risultare difficile. In queste circostanze si possono avere importanti perdite di sangue che possono richiedere emotrasfusioni sia nel corso dell'intervento sia nel postoperatorio. In alcuni casi quando, dopo l'intervento, queste emorragie non si arrestano con la terapia medica, e spesso può rendersi necessario un reintervento.
- **lesioni di organi vicini** (stomaco, intestino, ecc) che, se riconosciute durante l'intervento, possono con facilità essere riparate. Se esse invece si evidenziano nel postoperatorio si rende necessario un reintervento. Talvolta queste lesioni non possono essere escluse con assoluta certezza, nonostante la massima diligenza.
- **Post operatorio complicato da una pancreatite acuta**, che è una condizione grave che può insorgere in tutte gli interventi addominali ma con particolare frequenza dopo l'intervento al quale sarò sottoposto la cui insorgenza si può verificare come in tutti gli interventi addominali, per motivazioni ancora non del tutto chiare alla scienza medica, indipendentemente da eventuali manovre sul pancreas che si rendessero necessarie durante l'intervento.
- **fistole pancreatiche** possono essere la conseguenza della caduta di un'escara o di un punto di sutura. Nella gran parte dei casi il succo pancreatico, viene drenato all'esterno dai drenaggi posti durante l'intervento. Altre volte la guarigione della fistola viene facilitata dall'inserimento di un drenaggio naso-biliare o percutaneo. In caso di fistole di portata importante, può rendersi necessario un reintervento ..
- **versamento pleurico:** è una complicanza molto frequente dopo interventi sulla milza. E' di solito di natura reattiva e si assorbe spontaneamente dopo qualche tempo o dopo aspirazione con una ago inserito in cavità pleurica., ma può anche richiedere il posizionamento di un drenaggio pleurico che dovrà essere tenuto anche per vari giorni.
- **infezioni:** sono possibili sia a livello della trancia di sezione splenica che nella cavità residua dopo asportazione (dove possono formarsi anche degli ascessi) sia a livello della ferita cutanea. In genere gli ascessi vengono svuotati sotto guida ecografica e solo raramente abbisognano di un reintervento.
- **aderenze:** si possono formare in cavità addominale in relazione alla particolare predisposizione del soggetto ed in casi estremi causare una occlusione intestinale che può richiedere un intervento chirurgico.
- **reazioni allergiche** fino allo shock anafilattico sono possibili in caso di contatto del contenuto della cisti la cavità peritoneale
- **lesioni da postura**, possibili per il posizionamento sul letto operatorio e per la durata dell'intervento. Possono interessare le parti molli, nervi o tessuti. Questi danni di solito si risolvono entro un tempo variabile.
- **recidiva** di una nuova cisti nel tessuto splenico residuo.

Dichiaro altresì di essere stato informato 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 consapevole che dovrò attenermi scrupolosamente al programma postoperatorio di medicazioni, terapia e 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 sua osservazione.

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.

Quindi autorizzo il Prof/Dott. _____ o i sanitari della Casa o del centro di cura ad eseguire su di me le metodiche diagnostiche, Anestesiologiche (il cui 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 che spesso è richiesta in questa o dopo questa tipologia, di interventi, se i sanitari lo ritengano necessario essendo stato edotto circa i rischi legati al loro uso.

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

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DEI TESTS

Infine dichiaro 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:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

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 al Prof/Dott. _____ 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.

Avezzano..... Firma del paziente.....

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