



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 sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ -dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la prima visita che durante il
ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile dal Prof/Dr _____ che la
affezione riscontratami è una **PATOLOGIA MAMMARIA**

_____ per la quale è indicato l'intervento
chirurgico di **TUMORECTOMIA** che verrà praticato dall'Equipe di questa Unità Operativa.

Sono stata/o informata/o che la patologia benigna della mammella può essere molto varia e
presentarsi sotto diversa forma sia nelle giovani donne (fibroadenoma) ma più spesso come
espressione di un processo di invecchiamento che si verifica nella mammella normale nel corso
della vita di una donna.

L'asportazione di queste patologie benigne è essenzialmente motivata dalla necessità di eseguire
una biopsia per escludere la presenza di un tumore maligno, dal rapido accrescimento di un nodulo,
dalla presenza di secrezioni fastidiose, ecc.

Sono stata/o informata/o anche che potrebbe essere necessario modificare sia il tipo di anestesia sia
l'intervento chirurgico in rapporto alla valutazione intraoperatoria e che l'intervento programmato
potrebbe essere integrato con altri provvedimenti chirurgici.

Mi è stato spiegato chiaramente che l'intervento si svolgerà in **anestesia locale** in sedazione in
anestesia generale e che comunque residueranno una o più cicatrici.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi
e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate o tardive, quali:

- **ematoma, sieroma, dolore postoperatorio** (peraltro sempre di lieve entità).
- Meno frequenti, ma possibili, sono le complicanze di ordine estetico (**cheloidi e cicatrici**
causanti dismorfismo).
- **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), così come in corso o dopo qualunque manovra
anestesiologica, chirurgica, farmacologica.
- Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze
(anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica

rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi, e che la frequenza delle complicanze può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o:

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, 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 avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti e, quindi, consapevolmente **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 chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, 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, **Acconsento** **Non acconsento** 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 completo riserbo della mia privacy.

Data _____

Firma del medico

Firma del/la paziente
