



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 _____ il _____, dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile sia durante la prima visita che durante il ricovero, dal Prof./Dott. _____ che per la patologia riscontrata: **COLELITIASI** (ovvero presenza di calcoli nella colecisti), è indicato l'intervento chirurgico.

Sono stata/o informato/a che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate l'intervento previsto (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una **COLECISTECTOMIA** per via **LAPAROSCOPICA** **LAPAROTOMICA** , ovvero nell'asportazione della colecisti. Mi è stato anche chiaramente spiegato, tuttavia, che potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, per la presenza di anomalie anatomiche e/o di altre patologie sconosciute (calcolosi della via biliare principale, neoplasie della colecisti, fistole colecisto-duodenali, colecisto-coledociche etc...) o per impedimenti di carattere tecnico e che queste situazioni potrebbero richiedere, qualora l'intervento sia iniziato per via laparoscopica, anche la sua conversione nella via tradizionale, laparotomica, per poterlo concludere in tutta sicurezza.

Di quanto propositomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto ad altre terapie ovvero al trattamento medico) e gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto che comunque residueranno una o più cicatrici.

Sono anche stato/a esaurientemente informato/a delle possibili complicanze legate alla metodica chirurgica, quali:

- **lesioni della via biliare extraepatica**, che possono comportare perdita biliare più o meno importante (ramo biliare anomalo, deiscenza moncone cistico, lesione del dotto principale etc...) Tali lesioni richiedono spesso procedure aggiuntive quali la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) o il drenaggio biliare transepatico (PTBD), etc. e talvolta la necessità di reinterventi.
- **lesioni vascolari** di grossi rami arteriosi dell'arteria epatica, che possono verificarsi per la presenza di tenaci aderenze che coinvolgono l'albero biliare e/o le strutture vascolari per pregressi episodi infiammatori (colecistite) o per anomalie anatomiche;
- **emorragie** che, quando si verificano nel periodo postoperatorio, possono richiedere un reintervento;
- **lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti;
- **pancreatite acuta**, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Rappresenta 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;
- **lesioni cicatriziali** tardive di rami della via biliare extraepatica., possibili a distanza variabile di tempo dall'intervento;
- **second look** (ovvero un reintervento di completamento), in funzione del referto istologico della colecisti.
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello) 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 anestesilogica, chirurgica, farmacologica, 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 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 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.....

Il Paziente

Il Medico