



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 prima visita che durante il ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile, dal Prof/Dr _____ che, per la patologia riscontratami "EMORROIDI" (MALATTIA EMORROIDARIA) è indicato il trattamento chirurgico. Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che le emorroidi sono una dilatazione varicosa del plesso emorroidario e che esse possono essere interne od esterne rispetto all'ano.. Mi è stato detto che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà

LEGATURA ELASTICA: Consiste nell'apposizione di un elastico alla base del gavocciolo emorroidario a livello della zona insensibile del canale anale. Di solito tale tecnica può richiedere più sedute distanziate di circa un mese l'una dall'altra ed è in genere ambulatoriale.

DG-HAL: Consiste nella legatura dei rami terminali delle arterie emorroidarie inferiori individuate con una sonda Doppler. Viene eseguita in regime di ricovero in Day-Surgery.

EMORROIDECTOMIA: Consiste nell'asportazione radicale dei gavoccioli emorroidari con tecnica non sempre preventivabile prima dell'anestesia. Infatti la scelta della tecnica più idonea da impiegare viene effettuata talvolta solo in sala operatoria ove, in conseguenza del rilasciamento indotto dall'anestesia, si può efficacemente valutare la reale entità del problema e quindi applicare la tecnica chirurgica più appropriata al caso specifico. Si esegue in regime di Day Surgery o one-day-surgery (una notte in ospedale)

ANOPESSIA MECCANICA (sec. Longo): Consiste nella resezione e sutura della mucosa rettale con suturatrice meccanica circolare. Viene eseguita in regime di Day Surgery o one-day-surgery.

Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito è perciò sempre possibile per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

Mi è stato spiegato che l'intervento avverrà in anestesia locale oppure 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 la possibilità di recidiva (cioè che alcuni gavoccioli emorroidari si riformino a distanza variabile di tempo dall'intervento), in relazione agli altri tipi di intervento.

Sono stata/o informata/o che la modalità di ricovero potrà variare e prolungarsi per 2-3 giorni in ragione del grado di prolasso, del tipo di anestesia praticata, delle possibili complicanze e che la sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

Mi è stata/o spiegato che questo intervento può essere gravato da complicanze intra- o post-operatorie, quali:

- **lesioni agli sfinteri anali** ed al **setto retto-vaginale** nella donna.
- **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;
- altre complicanze minori, quali la **dermatite reattiva perianale**, il **bruciore**, il **prurito**.

Più tardivamente possono verificarsi:

- **stenosi cicatriziale** dell'orifizio anale,
- **incontinenza ai gas** o più raramente **alle feci**).

Questi problemi possono essere temporanei e risolversi entro 1-2 mesi,

- **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 anestesologica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze possibili sono: _____.

Relativamente alla convalescenza sono stato informato che:

- Il dolore postoperatorio potrà essere anche intenso e richiedere una terapia antidolorifica protratta per alcuni giorni (dopo intervento di emorroidectomia il dolore potrà essere più prolungato rispetto agli altri tipi di intervento) e che aumenterà in occasione della defecazione.
- In caso di emorroidectomia sarà necessaria una rigorosa gestione delle ferite con automedicazioni.
- dovrò osservare un corretto regime igienico-dietetico.

Il chirurgo mi ha informata/o sufficientemente sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa 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 e 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 di 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 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Data.....

Il Paziente

Il Medico