



## 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 a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, dichiaro di essere stata/o informata/o, sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dott. \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontrata: **TUMORE DELLO STOMACO** è indicato l'intervento chirurgico.

Mi è stato chiaramente spiegato che, alla luce delle indagini preoperatorie eseguite, l'intervento previsto consisterà in una **GASTRECTOMIA TOTALE**  o **SUBTOTALE**  con eventuale splenectomia e che esso verrà effettuato in **anestesia generale**.

Sono stata/o informata/o che l'intervento di Gastrectomia Totale prevede l'asportazione completa dello stomaco e la sua sostituzione con un segmento di intestino tenue, mentre la Gastrectomia Subtotale consiste nell'asportazione di circa i 4/5 dello stomaco e nell'aboccamento della porzione di stomaco residua ad un segmento di intestino tenue. Ho compreso, tuttavia, che potrebbe essere necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, allargandolo ad organi vicini, per la presenza di infiltrazione diretta o per ragioni di radicalità oncologica oppure eseguendo un intervento più limitato, in caso di ampia diffusione del tumore.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, quali chemio- e/o radioterapia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può comportare complicanze quali:

- **emorragie ed ematomi** postoperatori che potrebbero comportare la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico;
- **deiscenze** a carico delle anastomosi eseguite, che spesso si risolvono con terapia conservativa, ma che in alcuni casi possono richiedere il reintervento;
- **lesioni della milza** con la necessità di praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con rischio di trombosi, e nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni;
- **lesioni pancreatiche** con possibile pancreatite acuta e/o formazione di fistola pancreatica;
- Insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**;
- formazione di **aree atelettasiche** e/o di **addensamento polmonare** con possibili, successive **infezioni** a carico dei polmoni ed eventuale **versamento pleurico**;
- **insorgenza di complicanze ischemiche cardiache**;

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da \_\_\_\_\_.

Sono altresì informata/o che residueranno in ogni caso una o più cicatrici a livello addominale. 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 le tecniche propostemi, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, 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 scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. **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. Quindi, consapevolmente **Acconsento**  **Non Acconsento**  al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità. **Autorizzo**  **Non Autorizzo**  inoltre i sanitari, 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 prospettato e preventivamente concordato. **Autorizzo**  **Non Autorizzo**  l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi Istopatologica, 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

\_\_\_\_\_