



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 **BIOPSIA ESTEMPORANEA + QUADRANTECTOMIA /
 MASTECTOMIA + EVENTUALE DISSEZIONE LINFATICA ASCELLARE**, che verrà
 praticato dall'Equipe di questa Unità Operativa.

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 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 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 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 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
