



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 informata/o, sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo
 chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dr. _____ che per
 la **PATOLOGIA TIROIDEA** riscontratami: _____

è indicato l'intervento chirurgico che sarà praticato dall'Equipe di questa Unità Operativa.

Mi è stato chiaramente spiegato che, alle luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento
 previsto consisterà in una **TIROIDECTOMIA TOTALE** **EMITIROIDECTOMIA**
ALTRO: _____ e che, tuttavia, potrebbe essere
 necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione
 intraoperatoria.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto
 alla terapia medica), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

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

- **la lesione temporanea o definitiva dei nervi laringei** che innervano i muscoli delle corde
 vocali, con conseguenti alterazioni anche gravi (temporanee o permanenti) della voce e possibili
 difficoltà respiratorie che potrebbero comportare anche la necessità di una tracheostomia. Le
 alterazioni fonatorie possono manifestarsi con voce rauca, soffiata, diplofonica, di falsetto o anche
 con alterazioni del timbro, del tono, dell'estensione, dell'intensità e dell'affaticabilità vocale con
 difficoltà anche ad intonare il canto. A queste alterazioni della voce possono associarsi anche
 alterazioni deglutitorie.

- **la lesione temporanea o definitiva delle ghiandole paratiroidi** con conseguente alterazione
 (temporanea o permanente) del quantitativo di calcio e fosforo nel sangue e, quindi, la necessità di
 assumere terapia a base di calcio e vitamina D anche per tutta la vita.

- **emorragie ed ematomi post-operatori** che potrebbero comportare anche la necessità di un
 reintervento a scopo emostatico.

- La necessità di un **reintervento** cosiddetto di completamento, sia sulla tiroide (quando questa
 non sia stata asportata completamente) sia sui linfonodi locoregionali del collo, quando a seguito
 dell'esame istologico definitivo se ne ravvisasse la necessità.

- **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 anestesologica,
 chirurgica, farmacologica.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da:

Sono stata/o altresì informata/o che, ove la patologia per la quale verrò operata sia maligna o tale risulti durante l'intervento, potrebbe essere necessario modificare l'estensione dell'intervento e praticare anche una **TIROIDECTOMIA ALLARGATA** con **LINFECTOMIA** (ovvero l'asportazione di linfonodi centrali e/o laterali ed eventualmente mediastinici) o anche l'asportazione di altre strutture (come i muscoli, porzioni di trachea, nervi, ecc. nel caso queste fossero interessate dalla malattia), ciò che potrebbe ulteriormente aumentare l'incidenza delle complicanze già segnalate, nonché causarne altre, quali:

- **lesione di strutture nervose:** nervo accessorio spinale (con conseguente alterazione della motilità della spalla), nervo frenico (con alterazione della motilità del diaframma), nervo ipoglosso (con alterazione della motilità della lingua), n. vago (con paralisi delle corde vocali ed alterazione del ritmo cardiaco) e Sistema Ortosimpatico (con alterazione del calibro della pupilla oculare).
- **lesioni di strutture vascolari** (Arteria Carotide e Vena Giugulare).
- **lesione del dotto toracico** (con conseguente perdita di linfa di colore lattescente dal drenaggio o di formazione di una raccolta linfatica) che può richiedere un reintervento.

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la chirurgia, ed in particolare quella della tiroide, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi in quanto sia i nervi laringei sia le ghiandole paratiroidei possono andare incontro a sofferenza temporanea o definitiva anche per una serie di cause che prescindono dal corretto trattamento chirurgico (esposizione dei nervi, eventi cicatriziali, sofferenze da freddo o da calore, sofferenza vascolare e altre cause non ancora conosciute). Mi è stato chiaramente detto che l'incidenza delle complicanze può essere aumentata anche per la presenza della/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o:

Sono stata/o informata/o, inoltre, che dovrò **assumere per tutta la vita una terapia a base di ormoni tiroidei** (per prevenire recidive), soprattutto se mi verrà asportata completamente la tiroide e che residuerà una cicatrice chirurgica a livello cervicale.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di 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 evidenzassero 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