



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
chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dr. _____ che per la patologia
riscontrata: **VARICI DEGLI ARTI INFERIORI** è indicato l'intervento chirurgico.

Sono stata/o informata/o che questa malattia consiste nella dilatazione delle vene superficiali
dell'arto inferiore con perdita della funzione di drenaggio del sangue. Tale situazione può portare a
trombosi, flebiti ed ulcere cutanee.

Mi è stato chiaramente spiegato che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate,
l'intervento consisterà in una **SAFENECTOMIA** (ovvero nell'asportazione della vena safena, una
lunga vena dell'arto inferiore, mediante una o più incisioni) e/o nella **LEGATURA delle vene
PERFORANTI e/o FLEBECTOMIE MULTIPLE** (asportazione delle principali varici collaterali
e/o occlusione endoluminale e/o iniezioni sclerosanti) 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 a terapie alternative quale la terapia medica), gli eventuali rischi/o menomazioni
prevedibili. Mi è stato anche spiegato che a volte può essere conveniente lasciare parte delle varici,
perché più facilmente trattabili con altre terapie (sclerosi, compressione elastica) e che le varici
possono ricomparire a distanza di tempo anche se completamente asportate.

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

- **emorragie ed ematomi postoperatori** che potrebbero comportare anche la necessità di un intervento a scopo emostatico.
- **lesione accidentale dei vasi femorali o poplitei** durante la fase di crossectomia allargata alle collaterali per presenza di varianti anatomiche e/o eccesso di dilatazione delle strutture venose.
- **lesione temporanea o definitiva del nervo safeno** che potrebbe comportare parestesie a carico dell'arto operato.
- **trombosi venosa profonda e/o superficiale** a carico dell'arto omo o controlaterale nel caso di prolungato alettamento oppure per presenza di varici a carico dell'arto controlaterale e/o coesistenza di fattori predisponenti la trombofilia.
- **rischio di infezione delle ferite chirurgiche**, più frequente a carico dell'inguine, per un eccesso di sudorazione e di attrito .
- **lesioni superficiali della cute** dovute ad un eccesso di elastocompressione, a volte resa necessaria per un miglior controllo emostatico.
- **transitoria comparsa di dolore ed edema postoperatorio** a carico dell'arto operato

- **risultato estetico finale scadente** dovuto a flebectomie multiple rese necessarie per il completo trattamento del caso o ad alterati meccanismi di cicatrizzazione, soprattutto in presenza di dermatiti.
- **cicatrici antiestetiche**, in particolare se già presente sofferenza cutanea.
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, intestino ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale od epatica o respiratoria o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra chirurgica, farmacologica.

Altre complicanze possono essere: _____

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 delle varici, benchè eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi. Tali rischi possono inoltre essere accresciuti dalle eventuali patologie associate da cui sono affetto/a: _____

_____.

Sono stata/o informata/o inoltre, che residueranno una o più cicatrici chirurgiche là dove sarà necessario eseguire le incisioni per l'isolamento e l'asportazione delle vene varicose.

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 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 miglior 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 oralmente. **Dichiaro** altresì, di aver 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 consapevole **Acconsento** **Non acconsento** al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità. **Autorizzo** **Non autorizzo** inoltre i curanti 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 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, in modo anonimo e nel completo riserbo della mia privacy.

Data _____

Firma del medico

Firma del/la paziente
