

	<p>Congregazione Suore Infermiere dell'Addolorata di Pisa</p>	<p>SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA COMMISSIONE MEDICO LEGALE</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> La Spezia - Casa di Cura Alma Mater <input type="checkbox"/> Livorno - Casa di Cura Villa Tirrena <input type="checkbox"/> Pisa - Presidio autonomo chirurgia ambulatoriale e day Surgery</p>		

Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico

(artt.2 Legge 4/1/1968 n.15, 3 comma 10; Legge 15/05/1997 n. 127 e il D.P.R. 20/10/1998 n. 403)

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/Dott _____ che per la
PATOLOGIA ERNIARIA DELLA PARETE ADDOMINALE riscontratami è indicato
l'intervento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che questa affezione consiste nella fuoriuscita di un
viscere o di una sua parte, attraverso un'area di debolezza della parete addominale o attraverso un
orifizio o un canale naturale, con formazione di un'**ERNIA**, che nel mio caso è a livello
OMBELICALE **EPIGASTRICO** **INGUINALE** **CRURALE**
OTTURATORIA altra _____ e che vi è pericolo di intasamento e/o
strozzamento.

Sono stata/o quindi informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento
chirurgico (che verrà eseguito in **anestesia generale** **locale** **locoregionale**)
consisterà in una **PLASTICA DELL'ERNIA** e che questa potrà essere **DIRETTA** o con impiego
di **PROTESI** e che la correzione potrà essere effettuata per via **CHIRURGICA APERTA** o
per via **LAPAROSCOPICA** .

Sono stata/o anche informata/o che potrebbe essere necessario durante l'intervento modificare sia il
tipo di anestesia sia il tipo di intervento chirurgico in rapporto alla valutazione intraoperatoria, anche
convertendo la via d'approccio laparoscopica in laparotomica tradizionale, in caso di riscontro di
altre patologie associate o per impossibilità tecnica di proseguire per questa via. Mi è stato anche
detto che nei casi nei quali l'ernia è complicata (intasata, irriducibile, strozzata) può anche rendersi
necessaria l'asportazione di anse intestinali e/o di omento.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi
e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o dei limiti della procedura e delle possibili complicanze ad essa legate, che
possono essere di carattere generale e/o locali.

Fra le complicanze generali, sono possibili:

- **broncopolmonite, atelettasia, insufficienza respiratoria e scompenso cardio-circolatorio**, soprattutto in soggetti anziani con preesistenti turbe cardio-respiratorie.
- **trombosi venosa profonda**, possibili in tutti gli interventi anche, talora, in presenza di una opportuna profilassi postoperatoria.

Fra le complicanze locali, le più frequenti sono:

- **infezioni cutanee, sieromi, ematomi** che, tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- **nevralgie inguino-crurali**, temporanee e/o persistenti, per irritazione nervosa o intrappolamento del nervo nella plastica erniaria.

- **orchite:** consiste nell'infiammazione e conseguente ingrossamento del testicolo e può verificarsi in taluni casi quando la plastica ha eccessivamente ristretto l'anello inguinale.
- **infezione della protesi:** è una complicanza grave, che se non viene a risoluzione con terapia medica, può rendere indispensabile un reintervento per la rimozione della protesi.
- **migrazione della protesi:** evento raro che, tuttavia può richiedere la sua rimozione.
- **recidiva dell'ernia**
- **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 anestesiológica, chirurgica, farmacologica
- Altre complicanze o sequele potrebbero essere rappresentate da: _____

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informato sulla frequenza che hanno queste complicanze spiegandomi come la chirurgia indipendentemente dalla via di accesso, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o : _____

Sono stata/o inoltre 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 non altrimenti evitabile per un danno grave alla mia persona o se si constatassero difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a portare a termine l'atto 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 oralmente. **Dichiaro**, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da chiedere .

Consapevolmente, quindi, **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 evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, 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, **Autorizzo** **Non autorizzo** 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 rispetto completo della mia privacy.

Data _____

Firma del Medico

Firma del/la Paziente
