

	<p>Congregazione Suore Infermiere dell'Addolorata di Pisa</p>	<p>SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA COMMISSIONE MEDICO LEGALE</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		

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 l'affezione riscontratami è un **LAPAROCELE**

LOMBOCELE per il quale è indicato l'intervento chirurgico. Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che questa affezione è un'ernia che si forma in corrispondenza di una precedente incisione chirurgica e nella quale possono impegnarsi dei visceri addominali, anche con pericolo di strozzamento, più spesso di anse intestinali e che col passar del tempo le dimensioni dell'ernia tendono ad aumentare.

Sono stata/o quindi informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento chirurgico (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà nel riposizionamento in cavità peritoneale del contenuto da esso fuoriuscito ed in una **PLASTICA PARIETALE** che potrà essere **DIRETTA** o con interposizione di **PROTESI** (che può essere riassorbibile, non riassorbibile o mista) e che la correzione potrà essere effettuata per via **CHIRURGICA APERTA** o per via **LAPAROSCOPICA** . Mi è stato anche chiaramente spiegato che potrebbe essere necessario durante l'intervento modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione **intraoperatoria** anche convertendo la via d'approccio laparoscopica in laparotomica tradizionale, in caso di altre patologie associate o per impossibilità tecnica di proseguire per questa via e che potrebbe 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**, soprattutto dovuti alle insufficienti escursioni respiratorie conseguenti all'allettamento, ai dolori ed alla compressione addominale in caso di grandi laparoceli.
- **scompenso cardio-circolatorio**.
- **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.
- **aderenze viscerali** con occlusione intestinale: evenienza che, quando si verifica, può richiedere anche un reintervento.
- **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 rimozione della protesi.

- **fistole**, per decubito della protesi sull'intestino e formazione di un tragitto dal quale può fuoriuscire materiale intestinale. E' una complicanza grave, che il più delle volte comporta l'infezione della protesi.
- **ricidiva del laparocele**.

Altre complicanze o sequele potrebbero essere rappresentate da: _____

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informato sulla frequenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) 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 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 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 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, **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
