

CONSENSO INFORMATO

1/4

CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

luogo e data _____

Io sottoscritto/a

nome _____

cognome _____

AUTORIZZO

Il **Prof. Maurizio Nava** e/o i Suoi Collaboratori a praticarmi un intervento chirurgico per: _____

che consiste in: _____

La procedura operatoria per l'esecuzione dell'intervento mi è stata personalmente spiegata dal Dott _____
_____ ed io ho pienamente compreso la natura e le conseguenze del procedimento.

Particolarmente tra gli altri sono stati evidenziati i seguenti punti:

1. Il risultato dell'intervento dovrebbe risultare stabile per molti anni. Potrebbero di contro presentarsi variazioni, di cui non può essere prevista nè l'entità, nè il tempo in cui ciò può avvenire che alteri il risultato.
2. Non possono essere previsti risultati certi particolarmente riguardo forme e volumi e nel caso conseguentemente riguardo l'eventuale simmetria delle zone trattate. Buoni risultati sono previsti ma non garantiti giacché dipendenti dalla risposta individuale.
3. All'incisione segue sempre una cicatrice che nel tempo dovrebbe tendere a migliorare. Potrebbe avvenire che a causa di particolare reattività individuale tale cicatrice aumenti di consistenza (cheloide) o che possa allargarsi.
4. Taluni risultati cicatriziali potrebbero richiedere un breve intervento di revisione della stessa al fine di ottenere un miglioramento. Ogni intervento necessita di un periodo di assestamento che può variare da persona a persona. In genere la cicatrizzazione è un processo che implica un tempo medio di 5/6 mesi.
5. Può accadere che un sanguinamento o un sieroma post-operatorio ritardino la guarigione o richiedano un secondo intervento di svuotamento o l'aspirazione del liquido raccolto.
6. Può accadere dopo l'intervento che la zona trattata possa essere meno sensibile che in precedenza: normalmente ciò avviene per un periodo limitato.
7. Il procedimento è soggetto a tutte le complicanze che qualsiasi intervento chirurgico comporta.

FIRMA PAZIENTE

8. Dopo la dimissione sarà necessario sottoporsi a medicazioni e controlli il cui numero sarà concordato con i sanitari . Tali controlli sono parte integrante dell'intervento chirurgico e ne possono influenzare il risultato.

9. In particolare tale intervento di ampia asportazione della lesione tumorale al volto comprendente la regione _____ richiede una copertura tramite un innesto di cute prelevato dagli arti inferiori o dalla regione inguinale a secondo della quantità della perdita di sostanza ottenuta. La zona di prelievo andrà incontro a guarigione spontanea salvo possibili complicanze d'infezione. L'area di copertura con l'innesto applicato potrà anche in parte o non completamente attecchire tale conseguenza è indipendente dall'atto chirurgico eseguito, ma dalle complicanze che possono intervenire all'intervento stesso, pertanto sono consapevole che tale procedimento possa richiedere un ulteriore innesto o delle medicazioni specifiche per favorirne la guarigione.

10. In altri casi la copertura della perdita di sostanza cutanea avviene tramite allestimento di un lembo di cute limitrofa con comparsa di cicatrice dell'area donatrice. L'evoluzione del lembo potrebbe evolvere verso una necrosi totale o parziale (morte del tessuto), in questi casi si ricorre alla guarigione di seconda intenzione ovvero si eseguono continue medicazioni anche da parte del paziente fino alla completa guarigione o si esegue l'innesto di cute di cui si specifica al punto 9 di tale consenso. In entrambi i casi le cicatrici saranno molto evidenti e potranno essere trattate successivamente se possibile con altre metodiche chirurgiche o mediche.

Sono a conoscenza che la pratica medico-chirurgica non è una scienza di cui possano essere garantiti i risultati poiché questi influenzati da svariati fattori e dichiaro che non mi è stata fornita alcuna garanzia sui risultati dell'intervento o del procedimento.

Sono a conoscenza che durante l'intervento, situazioni particolari, possono richiedere procedure differenti e/o aggiuntive da quelle programmate. Autorizzo pertanto e richiedo che i chirurghi che svolgono l'intervento attuino tutto ciò che secondo il loro discernimento professionale ritengano necessario o vantaggioso alla buona riuscita dell'intervento o alla mia salute.

Acconsento a essere fotografata/o prima, durante e dopo l'intervento e che le fotografie rimangano di proprietà dei medici che le hanno eseguite e che queste vengano utilizzate per motivi scientifici nel rispetto dell'anonimato.

Non mi risulta essere allergica ad alcun farmaco eccetto:

Sono a conoscenza che l'intervento viene praticato in anestesia e che essa presenta dei rischi su cui talvolta i medici possono non avere controllo. Di tali rischi ho discusso con l'anestesista.



**HO LETTO IL CONSENSO CITATO E NE HO RICEVUTO UNA COPIA.
HO CAPITO TUTTI I PUNTI DESCRITTI E COSCIENTEMENTE AUTORIZZO E**

Sono a conoscenza che la pratica medico-chirurgica non è una scienza di cui possano essere garantiti i risultati poiché questi influenzati da svariati fattori e dichiaro che non mi è stata fornita alcuna garanzia sui risultati dell'intervento o del procedimento.

Sono a conoscenza che durante l'intervento, situazioni particolari, possono necessitare di procedure differenti e/o aggiuntive da quelle programmate.

Autorizzo pertanto e richiedo che i chirurghi che effettuano l'intervento eseguano tutto ciò che secondo il loro discernimento professionale ritengono necessario o vantaggioso alla buona riuscita dell'intervento o alla mia salute.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Acconsento ad essere fotografata/o prima, durante e dopo l'intervento e che le fotografie rimangano di proprietà dei medici che le hanno eseguite e che queste vengano utilizzate per motivi scientifici nel rispetto dell'anonimato.

Eventuali note aggiuntive: _____

Non mi risulta essere allergica ad alcun farmaco eccetto: _____

So che dovrò essere sottoposto/a ad anestesia _____

Sono a conoscenza che essa presenta dei rischi su cui talvolta i medici possono non avere controllo. Di tali rischi ho discusso con l'anestesista

CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA (S.I.A.A.R.T.I. 1992)

Io sottoscritto/a _____

In vista dell'intervento programmato dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo di anestesia a cui sarò sottoposto e sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali. Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è sicura, tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente risultare fatali. Accetto che il medico anestesista modifichi la tecnica concordata qualora dovesse ritenere necessario. Dichiaro di essere a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono a possibili complicanze aggiuntive:

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto le risposte esaurienti.

Dichiaro inoltre di aver dato il consenso alla eventuale trasfusione con sangue omologo e/o emoderivati e di essere consapevole dei rischi connessi a tali trasfusioni.

Osservazioni: _____

Ho letto il consenso sopracitato, ne ho ricevuto una copia in occasione di precedenti colloqui e sono stato/a sollecitato a ridiscutere, durante una visita successiva, i punti che mi potevano causare dubbi o incomprensioni.

Ho capito tutti i punti descritti e coscientemente ho autorizzato e richiesto ai medici di praticarmi tale procedura chirurgica.

FIRMA DEL CHIRURGO

FIRMA DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ
IN CASO DI MINORE

FIRMA PAZIENTE

LUOGO E DATA