



ASCESSO - FISTOLA PERIANALE (ANALE)

M C 12/12 C

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

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il _____ dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la visita che durante il ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile dal Prof/Dr _____ che, per la patologia riscontratami: **ASCESSO** **FISTOLA PERIANALE (ANALE)** è indicato il trattamento chirurgico.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che l'ascesso perianale è una cavità ripiena di pus causata dall'infezione di alcune ghiandole situate nel canale anale e che la fistola è un piccolo tunnel che mette in comunicazione la sede d'origine dell'ascesso e l'orifizio cutaneo e che quest'ultima è spesso una conseguenza dell'ascesso.

Sono stata/o molto chiaramente informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la cura degli ascessi e delle fistole anali è esclusivamente chirurgica ed essa prevede, a seconda della complessità del caso, uno o più interventi con tempi lunghi di guarigione e necessità di numerose visite e medicazioni.

Mi è stato chiaramente spiegato che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà: nell'**INCISIONE (E DRENAGGIO) DELL'ASCESSO** , in **anestesia locale** (o locoregionale, mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi,) per permettere la fuoriuscita del pus. Sono stato/a chiaramente informato/a anche che il trattamento della **FISTOLA** è molto più complesso ed esso varia a seconda dell'anatomia dei tramiti fistolosi e che spesso una corretta programmazione del tipo di intervento è possibile solo intraoperatoriamente, quando, grazie al rilasciamento prodotto dall'anestesia, possono essere più agevolmente studiati i rapporti anatomici con i muscoli dell'apparato sfinterico. Il trattamento comunque è in funzione della sede e della quantità di sfintere coinvolto. L'intervento può consistere, nei casi più semplici e per le fistole più supreficiali, nella **FISTULOTOMIA** (ovvero nella sezione della fistola). Nelle fistole complesse che coinvolgono una porzione maggiore di sfintere, il trattamento avverrà in più tempi. Talvolta, quando la fistola appaia complessa e le indagini preoperatorie non siano state sufficientemente chiare nel definire il percorso del tramite fistoloso ed il coinvolgimento degli sfinteri potrà essere indicato eseguire una **VISITA IN SEDAZIONE PROFONDA** per programmare i successivi tempi di trattamento.

La **FISTOLECTOMIA** prevede l'asportazione di tutto il tramite fistoloso, dall'ano alla cute. A secondo delle condizioni evidenziate al momento dell'intervento e sulla scorta di dati pre operatori si deciderà se procedere al posizionamento di un **SETONE** , cioè di un grosso filo, o di un **ELASTICO** che hanno lo scopo di far uscire tutto il materiale presente nella fistola. Il setone o l'elastico potranno essere periodicamente messi in trazione per sezionare lentamente il tessuto muscolare (**ELASTODIERESI** o **SEZIONE LENTA**). Nei casi in cui il tramite fistoloso residuo fosse superficiale il trattamento consisterà nella fistulotomia altrimenti si procederà ad un intervento più complesso che consisterà in una **PLASTICA SFINTERIALE, CHIUSURA DELL'ORIFIZIO FISTOLOSO INTERNO E PLASTICA CON LEMBO MUCOSO** .

Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente..

Mi è stato spiegato che l'intervento necessario per la cura della fistola avverrà in **anestesia locale dopo sedazione** (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi, ma che in alternativa o in situazioni particolari, può essere impiegata l'**anestesia generale**.



CONSENSO INFORMATO
UN DOVERE VERSO IL PAZIENTE
UNA RESPONSABILITÀ CHE CI ASSUMIAMO VOLENTIERI

Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato anche detto della possibilità che la fistola si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento e/o che l' ascesso recidivi, se è stato trattato solo in urgenza col drenaggio.

Sono stata/o informata/o che è necessario un ricovero che può durare da poche ore ad alcuni giorni in ragione dell'entità del problema da trattare e del tipo di anestesia praticata e che la sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate o tardive e che ognuna di esse può richiedere un reintervento. Le più frequenti sono:

- **sanguinamento**, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;
- **difficoltà a trattenere gas o feci liquide**, che nella gran parte dei casi regredisce entro 3-4 settimane.
- **ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- **suppurazione** delle ferite chirurgiche;

Le complicanze tardive possibili sono:

- **incontinenza ai gas** o più raramente **alle feci**, soprattutto in soggetti anziani con preesistente presenza di alterazione della continenza.
- **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, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze possibili sono: _____

Relativamente alla convalescenza sono stato informato che:

- il periodo di recupero e di guarigione delle ferite varia a seconda della complessità del trattamento - sarà necessaria una rigorosa e scrupolosa gestione della ferita con automedicazioni
- potranno essere necessari frequenti controlli medici ambulatoriali.

Il chirurgo mi ha informata/o sufficientemente sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o (_____).

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la presenza di una fistola può essere espressione di una malattia cronica intestinale, in rarissimi casi anche di una malattia neoplastica e che l'esame istologico effettuato di routine, può indirizzare verso tali patologie. Sono, inoltre, informata/o che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero delle 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 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 a voce. **Dichiaro** altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente

Accenso **Non Accenso** a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

Autorizzo **Non Autorizzo** i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.



Autorizzo **Non Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

Acconsento **Non Acconsento** a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge sulla privacy.

SITO INTERVENTO	LATO INTERVENTO

Morciano di R. – Data – Ora

Il Paziente/Tutore/ Procuratore
Persona con patria potestà

Il Medico

