



CASA DI CURA PRIVATA ERNESTO MONTANARI

NEOPLASIA DELLA REGIONE ANO-RETTALE

M C 12/14 C

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

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 a me chiaro e comprensibile dal Prof/Dr _____ che, è indicato il trattamento chirurgico per la patologia riscontratami “**NEOPLASIA DELLA REGIONE ANO-RETTALE**” (neoplasie di natura sospetta o sicuramente maligne).

Mi è stato chiaramente spiegato che, alle luce delle indagini e della stadiazione preoperatoria effettuate, l'intervento previsto consisterà in una: **ESCISSIONE DELLA NEOPLASIA PER VIA TRANSANALE con tecnica tradizionale** o **VIDEOASSISTITA (TEM)** , **BIOPSIA** **ASPORTAZIONE DELLE NEOFORMAZIONI**

Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario in rapporto alla valutazione intraoperatoria o per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

Mi è stato spiegato che l'intervento avverrà in anestesia **locale più sedazione** oppure in **anestesia loco-regionale** (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi, ma che in alternativa ed in situazioni particolari, può essere impiegata **l'anestesia generale**.

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 questa/e formazioni recidivino a distanza variabile di tempo dall'intervento..

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate e/o tardive:

- **emorragie e/o ematomi**, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.
- **infezioni e formazioni di ascessi anali e pelvi-rettali**, che possono richiedere un intervento di toilette od anche l'istituzione di una stomia temporanea;
- **ritardi nella cicatrizzazione della ferita** dovute a volte a deiscenza della sutura.
- **ritenzione urinaria** con necessità di posizionamento del catetere vescicale
- **infezioni urinarie;**
- **difficoltà a trattenere gas e feci liquide** (soprattutto in soggetti anziani con preesistente presenza di alterazione della continenza) in genere temporanea.
- **secrezione e perdite sierose**, fino alla guarigione della ferita;
- **fistole retto-vaginali nella donna;**
- **stenosi anali e rettali** (restringimenti cicatriziali a livello della sede di escissione).
- **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 anestesiologicala, chirurgica, farmacologica, ecc.

Il trattamento di queste complicanze può allungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche, anche il **reintervento chirurgico**.

Altre possibili complicanze sono _____



Relativamente alla convalescenza sono stato informato che:

- dovrò inizialmente osservare una dieta priva di scorie per poi passare ad una dieta normale.
- 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 mi ha anche spiegato che la frequenza delle complicanze può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o (_____).

Sono altresì informata/o che residueranno una o più cicatrici in sede d'intervento.

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi.

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 propositami, 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;

Accenso **Non Accenso** 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 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

SITO INTERVENTO

LATO INTERVENTO

--	--

Data.....

Il Paziente

Il Medico

