



NEOPLASIA PANCREATICA ESOCRINA

M C 12/24 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 prima visita che durante
il ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile dal Prof/Dr-----
che l'affezione riscontratami è una **NEOPLASIA PANCREATICA ESOCRINA**

Mi è stato chiaramente spiegato che questa neoplasia può essere di natura benigna o maligna e che spesso le indagini preoperatorie eseguite non riescono a stabilirne la natura. Sono stato/a informato/che in ogni caso è indicato l'intervento chirurgico di **PANCREASECTOMIA** (asportazione di una parte o di tutto il pancreas), che verrà praticato dall'equipe di questa Unità Operativa. Questo intervento, a seconda della natura (benigna o maligna), della sede (testa, corpo o coda del pancreas) e dell'estensione della malattia, comporterà l'asportazione di porzioni limitate o di tutto il pancreas spesso anche insieme ad organi contigui (colecisti, parte della via biliare, duodeno e porzione di stomaco e della milza), a seconda che debba essere asportata la parte destra o sinistra del pancreas.

Sono stata/o informata/o anche che l'intervento verrà effettuato in **anestesia generale** e che potrebbe essere necessario modificare l'intervento chirurgico in rapporto alla valutazione intraoperatoria e che lo stesso potrebbe essere modificato e/o integrato con altri provvedimenti.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, quali la chemio- e/o radioterapia o l'inserimento di protesi endoscopiche), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e la possibilità che il tumore recidivi a distanza variabile di tempo dall'intervento, indipendentemente dalla sua completa asportazione.

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

- **emorragia digestiva o intraddominale:** per la quale potrebbe essere necessario un reintervento per la necessaria emostasi;
- **fistola biliare e/o pancreatico e/o digestiva:** che potrà richiedere un prolungamento della prevista degenza, ritardi nella ripresa dell'alimentazione ed il protrarsi della nutrizione artificiale;
- **ascesso addominale,** con necessità di drenaggio con o senza intervento;
- **protratta paralisi gastrica,** con necessità di ricorrere per 2-3 settimane alla nutrizione artificiale o mantenere più a lungo il sondino nasogastrico;
- **diabete mellito,** se in precedenza non fosse presente ovvero aggravamento dello stesso, se precedentemente presente;
- **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 anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da:_____



Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informata/o 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, ed in particolare quella del pancreas, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi in quanto molteplici sono le variabili coinvolte nel processo per ottenere un buon risultato definitivo.

Sono stata/o 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;

. **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 sulla privacy.

Data.....

Il Paziente

Il Medico

