

 <p>CASA DI CURA PRIVATA ERNESTO MONTANARI</p>	DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO (PATOLOGIA ULCEROSA GASTRICA)	M C 12/01 C
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____, il _____ dichiaro di essere stata informata/o, sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro e a me comprensibile dal prof/dr. _____ che per la **patologia ulcerosa GASTRICA**

DUODENALE riscontratami, è indicato l'intervento chirurgico. Sono stato/a informato/a che tale patologia non risponde più al trattamento medico e che pertanto sono esposto a o già affetto da gravi complicanze quali la **perforazione** la **sepsi** , l'**emorragia digestiva** , la **stenosi** o che tale patologia presenta attualmente i segni microscopici di una **trasformazione maligna**

Sono stata/o informata/o che, alle luce delle indagini preoperatorie effettuate, che l'intervento previsto consisterà in una:

- **Raffia di ulcera perforata:** ovvero nella sutura dell'ulcera perforata, che può essere associata anche a patch omentale (ovvero alla copertura della sutura con un lembo di omento) ed a biopsia dei margini dell'ulcera
- **Vagotomia superselettiva,** che consiste nella sezione delle fibre nervose che innervano il corpo e il fondo gastrico, per ridurre la produzione di acido cloridrico, mantenendo l'innervazione dell'antro e del duodeno
- **Gastroresezione (antrectomia),** che consiste nella asportazione di quella porzione di stomaco, detta antro, che produce la gastrina e dove più spesso si localizzano le ulcere, associata a. sezione delle fibre nervose che innervano il corpo ed il fondo gastrico. La ricostruzione della continuità avverrà secondo Roux o Billroth II (unendo alla porzione di stomaco residua alla resezione un'ansa intestinale), come mi è già stato spiegato
- **Vagotomia e bypass:** sezione delle fibre nervose che innervano il corpo e il fondo gastrico associata ad anastomosi tra stomaco e digiuno, senza resezione gastrica, per favorire lo svuotamento gastrico.
- **Vagotomia e piloroplastica** che consiste nella sezione delle fibre nervose che innervano il corpo e il fondo gastrico associata a piloroplastica (plastica della valvola esistente fra stomaco e duodeno), allo scopo di favorire lo svuotamento gastrico

Mi è stato spiegato molto chiaramente che l'intervento (che verrà eseguito in **anestesia generale**) potrà essere effettuato per via **Laparotomica** o **Laparoscopica** con eventuale conversione in laparotomia qualora le condizioni intraoperatorie lo rendessero necessario. Sono stato/a informato/a, tuttavia, che potrebbe essere necessario modificare l'intervento chirurgico programmato, qualora esso non fosse tecnicamente fattibile, in rapporto alla valutazione intraoperatoria

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative quali le terapie mediche), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può comportare complicanze quali

- **complicanze settiche** da inquinamento intraoperatorio o da deiscenze anastomotiche con possibilità di fistole e talora necessità di reinterventi
- **emorragie ed ematomi post-operatori, nonché lesioni dei grossi vasi addominali,** che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.



- **lesioni della milza**, durante le manovre di mobilizzazione del fondo gastrico, con conseguente eventualità di dover praticare una splenectomia. Tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento delle piastrinemia, con rischio di trombosi, e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni
- **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**.
- **occlusione intestinale** da aderenze che possono comportare la necessità di reinterventi
- **versamento pleurico** e/o di **pneumotorace**, con eventuale necessità di un drenaggio pleurico.
- **gastrite da reflusso biliare** dopo ricostruzione dopo Billroth II, caratterizzata da dolore epigastrico.
- **sindrome post vagotomica** caratterizzata da atonia della colecisti e formazione di calcoli, riduzione della secrezione pancreatico, diarrea, ecc.
- **dumping syndrome** caratterizzata dalla presenza di tachicardia, diaforesi, ipotensione e dolore addominale dopo i pasti. Questa sindrome può svilupparsi in seguito ad interventi quali la vagotomia tronculare..
- **sindrome dell'ansa afferente** dovuto al ristagno di bile, succhi enterici e pancreatici nell'ansa afferente.
- **cancro del moncone gastrico** il cui rischio di comparsa è significativo dopo 10-15 anni dall'intervento.
- **laparoceli** in corrispondenza della incisione chirurgica, che eventualmente può necessitare di un intervento ricostruttivo di plastica della parete.
- **stenosi cicatriziale dell'anastomosi** che potrebbe necessitare di dilatazioni.
- **ricidiva dell'ulcera** che si rileva nel 1-10% dei casi
- **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 anestesiologicala, chirurgica, farmacologica ecc.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informata/o sull'incidenza 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 l'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o: _____ o dall'assunzione cronica di alcuni farmaci _____ Sono altresì informato/a che in

ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero 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 prospettati. 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 verbalmente.

Dichiaro, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti. Quindi, consapevolmente **Accconsento** **Non accconsento** al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità Operativa.

Autorizzo **Non autorizzo** inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettati 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, **Acconsento** **Non acconsento** 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 completo riserbo della mia privacy.

SITO INTERVENTO	LATO INTERVENTO

Data _____

Firma del medico

Firma del/la paziente

