



PATOLOGIA SURRENALICA

M C 12/29 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 SURRENALICA** riscontratami: _____ è indicato l'intervento chirurgico. Mi è stato chiaramente spiegato che la massa surrenalica di cui sono portatrice/tore è iperfunzionante non funzionante

Sono stata/o informata/o che, alle luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà in una: **SURRENECTOMIA Dx** **Sin.** **Bilaterale** **Per via Laparoscopica** **Laparotomica** **Lombotomica** che esso verrà effettuato in **anestesia generale** e che, tuttavia, potrebbe essere necessario, modificare l'intervento chirurgico in rapporto alla valutazione intraoperatoria, sia allargando l'exeresi ad altri organi o strutture vicini (rene, pancreas, milza, ecc.) sia convertendo la via laparoscopica in laparotomia, in rapporto alla valutazione intraoperatoria o per motivi tecnici.

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:

- **lesioni della milza**, soprattutto in caso di surrenectomia sinistra, con conseguente eventualità di dover praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con rischio di trombosi, e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni .
- **lesioni pancreatiche** con conseguente **pancreatite acuta**, soprattutto in caso di surrenectomia sinistra
- **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
- l'insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**.
- la formazione di **laparoceli** in corrispondenza della incisione chirurgica, che eventualmente può necessitare di un intervento ricostruttivo di plastica della parete.
- la **conversione in via laparotomica**, ove l'intervento venga iniziato per via endoscopica, nel caso in cui esso non sia eseguibile per difficoltà tecniche o per l'insorgenza di complicanze non risolvibili endoscopicamente.
- la formazione di un **versamento pleurico** e/o di **pneumotorace**, con eventuale necessità di un drenaggio pleurico, sia in caso di intervento praticato per via laparoscopica che per via lombotomica.
- L'insorgenza di alterazioni intraoperatorie della pressione arteriosa (**crisi ipertensive, ipotensione**), con possibile insorgenza di **accidenti cerebro-cardio-vascolari** (ictus cerebrali, aritmie cardiache, infarto miocardio, scompenso cardiaco), soprattutto in caso di intervento per Feocromocitoma.
- La eventuale necessità di **exeresi allargate agli organi vicini** (fegato, milza, rene, pancreas, diaframma, intestino) ove le condizioni riscontrate intraoperatoriamente lo richiedano.
- **infezione** della/e ferita/e chirurgica/che
- **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



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

respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica ecc.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

– Sono stata/o informata/o che, ove l'esame istologico definitivo evidenzi la presenza di una patologia neoplastica maligna non altrimenti prevedibile preoperatoriamente, potrebbero rendersi necessarie eventuali terapie complementari (chemio- radioterapia, ecc.) e/o un **reintervento** cosiddetto di completamento,.

Sono stata/o informata/o che, in seguito all'intervento, non è possibile prevedere una risoluzione completa e certa del quadro di ipertensione arteriosa, ove presente e che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

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: _____ . Sono stata/o

informata/o, inoltre, nel caso in cui venga sottoposto/a ad intervento di rimozione di un surrene patologico secernente corticosteroidi, della necessità di assumere una terapia a base di ormoni cortisonici, per un periodo variabile, anche a vita, soprattutto in caso di surrenectomia bilaterale, al fine di prevenire un ipocorticossurrenalismo acuto. Sono altresì informato/a che in ogni caso residuerà una o più cicatrici a livello addominale e/o lombare.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di 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 prospettatomi. 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 oralmente.

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 **Acconsento**

Non acconsento al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.

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 prospettatomi 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 _____

