

CASA DI CURA PRIVATA PROF. ERNESTO MONTANARI

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Casa di Cura Privata Prof. E. Montanari S.p.A.  
via Roma, 7 47833 Morciano di Romagna (RN)  
www.casadicuramontanari.it  
info@casadicuramontanari.it

centralino: 0541.988129 fax: 0541.989924  
prenotazioni ambulatoriali e informazioni: 0541.989254

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

Io sottoscritto/a .....nato/a a..... il..... dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e a me comprensibile dal Prof./Dott. .... dell'intervento chirurgico urgente che è inevitabilmente necessario e che sarà praticato dall'equipe di questa Unità Operativa.

Mi è stato chiaramente spiegato che la patologia da cui sono affetto/a è un **ADDOME ACUTO** ovvero una situazione acuta che può essere dovuta ad una grande varietà di patologie e che nel mio caso essa potrebbe consistere in:.....

La diagnosi, tuttavia, potrebbe cambiare intraoperatoriamente, dopo aver ispezionato la cavità addominale.

Sono stata/o chiaramente informata/o che l'intervento (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una **LAPAROSCOPIA**  **E/O LAPAROTOMIA ESPLORATIVA**  e che in base alla valutazione intraoperatoria si stabilirà l'intervento più idoneo e sarà anche possibile decidere se mantenere l'accesso laparoscopico o convertirlo in laparotomia.

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

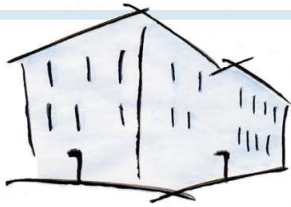
Sono stato informato/a che sono possibili le seguenti sequele e/o complicanze:

- **emorragie ed ematomi postoperatori** con necessità di emotrasfusioni, re-interventi a scopo emostatico oppure **infezioni chirurgiche**;
- formazione di **ascessi intra-addominali** che dovranno essere drenati per via percutanea oppure per via chirurgica;
- **lesioni pancreatiche** e conseguente **pancreatite acuta**;
- eventuali **resezioni intestinali** (stomaco, intestino tenue e crasso) con possibili **deiscenze dell'anastomosi** e successivo re-intervento;
- necessità di **ileo- e/o colostomia** (ovvero aboccamento di un'ansa dell'intestino tenue o del colon alla parete addominale) defunzionizzanti con possibilità di sviluppo di ernie parastomiali;
- in caso di grave sepsi della cavità peritoneale, la necessità di una **laparotomia**.
- formazione di **laparocele** in sede di ferita chirurgica con necessità di ulteriore intervento di plastica della parete;
- in caso di interventi alla via biliare, possibili **colangiti** (infezione della via biliare principale);
- insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**;
- **disturbi cerebro-cardiocircolatori** (aritmie cardiache, iper-/ipotensione, infarto miocardico, ictus cerebrale, scompenso cardiaco ed edema polmonare);
- insorgenza di **insufficienza renale acuta**;
- formazione di **versamento pleurico**;
- eventuale **re-intervento** per patologia neoplastica avanzata oppure per malattia diverticolare complicata;
- **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 anestesiológica, chirurgica, farmacologia, ecc.

Altre sequele potrebbero essere rappresentate da:.....



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



CASA DI CURA PRIVATA PROF. ERNESTO MONTANARI

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Casa di Cura Privata Prof. E. Montanari S.p.A.  
via Roma, 7 47833 Morciano di Romagna (RN)  
www.casadicuramontanari.it  
info@casadicuramontanari.it

centralino: 0541.988129 fax: 0541.989924  
prenotazioni ambulatoriali e informazioni: 0541.989254

Il chirurgo mi ha altresì informato/a sulla frequenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la chirurgia, ed in particolare quella eseguita in urgenza, 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:.....

..... e che in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale.

Sono in ogni modo consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile e/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, in ogni modo a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario modificando il programma terapeutico prospettatomi.

Ciò premesso **Dichiaro** di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. **Dichiaro**, altresì, di aver 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 messo in atto dall'équipe di quest'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 diagnosticate 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 rispetto della mia privacy.

SITO INTERVENTO

LATO INTERVENTO

--	--

Data.....

Firma del medico

\_\_\_\_\_

Firma del/la paziente

\_\_\_\_\_



**CONSENSO INFORMATO**  
UN DOVERE VERSO IL PAZIENTE  
UNA RESPONSABILITA' CHE CI ASSUMIAMO VOLENTIERI