



**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI
ESPRESIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO
(SINDROME ADERENZIALE)**

M C 12/04 C

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____. dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile,
sia durante la prima visita che durante il ricovero, dal Prof/Dott _____
che per la patologia riscontratami: **SINDROME ADERENZIALE**, diagnosi prevalentemente
clinica, è indicato l'intervento chirurgico in Laparoscopia con duplice intento, diagnostico e
terapeutico; il primo è quello di confermare e precisare la diagnosi, il secondo è quello di poter
risolvere la Sindrome, pur non essendo ciò sempre possibile.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che questa è un'affezione probabilmente dovuta a
delle connessioni stabili cicatriziali dette "aderenze" tra intestino ed intestino e/o tra intestino e
parete addominale e/o tra intestino e visceri addominali, che possono generare delle trazioni o delle
costrizioni che determinano o una sindrome dolorosa o una parziale interruzione anche temporanea
del transito intestinale. Mi è stato detto che la sindrome aderenziale di regola è dovuta a processi
fibroso-cicatriziali e non a processi tumorali benigni o maligni, essendo quest'ultima un'eventualità
estremamente rara anche se possibile.

**Sono stato/a chiaramente informato/a che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate,
l'intervento chirurgico che verrà eseguito in anestesia generale consisterà in sezione meccanica
delle aderenze fibrose che possono cingere, costringere e strozzare o più semplicemente
bloccare le anse intestinali tra di loro, tra esse e la parete addominale o tra esse gli altri organi
contenuti nell'addome. Ciò potrà avvenire o in Laparoscopia, a seconda delle possibilità
tecniche locali e delle condizioni generali esistenti al momento o in Laparotomia o in Chirurgia
combinata. L'intervento in Laparoscopia, di norma più lungo e complesso di quello aperto, ma
meno traumatizzante, può dare più garanzie, non della risoluzione della sindrome aderenziale
immediata ma nella prognosi a distanza, perché essendo microinvasivo costituisce esso stesso
un trauma minore della laparotomia e che tuttavia potrebbe essere necessario durante
l'intervento modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria.**

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici e gli eventuali
rischi.

Sono stato/a informato/a dei limiti della procedura e delle possibili complicanze ad essa legate,
quali:

- lesioni viscerali,
- lesioni vascolari e
- lesioni degli organi interni
- possibile recidiva della sindrome aderenziale
- occlusione intestinale postoperatoria precoce o tardiva.

Altre complicanze possono essere rappresentate da: _____



Sono stato/a inoltre informato/a che residueranno in ogni caso delle brevi cicatrici lineari in caso di procedura laparoscopica distribuite sulla superficie addominale a seconda della necessità o una o più cicatrici dovute all'intervento in Laparotomia o in chirurgia combinata. Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile per un danno grave alla mia persona o se si constatassero difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a portare a termine l'atto chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche 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 aver ulteriori chiarimenti da chiedere.

Consapevolmente, quindi, **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 evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato.

Autorizzo Non Autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatomi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre **Autorizzo Non Autorizzo** 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 rispetto completo della mia privacy.

SITO INTERVENTO	LATO INTERVENTO

Data _____

Firma del Medico

Firma del/della paziente

