Gentile Signore/a,
ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessato/a dopo adeguata informazione.
Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento.
È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato.
Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

RIMOZIONE DI PALLONCINO INTRA-GASTRICO (BIB- ORBERA - ELIPSE)

Il pallone intra-gastrico deve essere considerato solo come trattamento transitorio dell'obesità. Normalmente viene utilizzato, infatti, in preparazione ad una tecnica chirurgica definitiva.
La rimozione del palloncino avviene di norma dopo circa sei mesi dalla data di inserimento; tale rimozione risponde alle esigenze cliniche primarie di transitorietà del trattamento stesso ed interviene per prevenire le complicanze tardive della presenza del dispositivo.
La rimozione avviene per via orale, attraverso l'esofago, con le stesse modalità con cui è stato inserito. Prima di procedere alla rimozione, l'anestesista somministra al/la paziente un farmaco per rilassare i muscoli e un anestetico locale per desensibilizzare la gola ed un sedativo (PROPOFOL). Successivamente si procede per via orale all'inserimento dell'endoscopio, facendolo scendere lungo l'esofago fino a raggiungere lo stomaco. Il palloncino viene a questo punto forato e desufflato, per essere poi afferrato con una pinza apposita e rimosso definitivamente.

I rischi connessi all'intervento sopra descritto sono sovrapponibili a quelli relativi ad un'indagine endoscopica gastrica di tipo operativo, può essere, cioè, gravato da rare (0,08 %) complicanze che in circostanze eccezionali possono anche risultare gravi: emorragia e perforazione.
Nel caso in cui lo stomaco risulti contenere liquidi o residui di cibo è possibile il verificarsi di fenomeni ab ingestis (polmoniti, bronchiti, tracheiti) che possono avere anche esiti gravi.
Anche questa procedura può in casi eccezionali essere gravata da mortalità.

I rischi principali legati alla sedazione sono la depressione respiratoria (che in rari casi può essere anche grave) e la dissociazione.

È essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento prospettato, per cui La invitiamo a chiedere liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

Informativa consegnata in data _____ da _____

Firma del professionista _____

Firma del Paziente _____

Io sottoscritto/a

☐ paziente
☐ genitore esercente la potestà genitoriale di
☐ tutore
☐ amministratore di sostegno di

Spazio per l'etichetta

DICHIARO

- di essere stato/a informato/a, in un precedente colloquio e per mezzo del MC 12/40 all1 ,materiale informativo scritto, sull'intervento.
- Dichiaro di aver avuto tempo ed opportunità di consultarmi con i miei familiari e/o con il mio medico di famiglia o di fiducia.
- Dopo aver valutato in modo consapevole i potenziali vantaggi e svantaggi sia immediati sia futuri dei vari tipi di intervento,

  CHIEDO di SOTTOPORMI all'intervento di RIMOZIONE DI PALLONCINO INTRAGASTRICO

- Dichiaro di essere al corrente dei possibili rischi generici connessi a qualsiasi trattamento chirurgico/endoscopico e dei rischi specifici connessi all'intervento cui ho scelto di essere sottoposto/a.
  Sono consapevole che talora i risultati possono non essere conformi alle aspettative e il risultato finale può essere compromesso dalle complicanze che possono sopraggiungere.
  Tutte le informazioni contenute nel modulo di consenso, tutte le ulteriori informazioni riguardanti l'intervento e i relativi rischi e benefici fornitemi, e tutte le risposte alle domande da me formulate, sono risultate per me comprensibili ed esaurienti.

  Dichiaro

- di essere stato informato della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento chirurgico proposto;
- di essere stato informato dei rischi in caso di ritardo o rifiuto del trattamento proposto;
- di essere stato informato del fatto che in caso di rifiuto verrò ugualmente curato/a ed assistito/a;
- di aver compreso quanto mi è stato spiegato.

Tutto ciò premesso, in piena coscienza e libertà

. **Acconsento** ☐ **Non Acconsento** ☐ 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;

. **Acconsento** ☐ **Non Acconsento** ☐ 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 delle leggi in vigore sulla privacy.

Data …… ……
Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà

Data …… ……
Firma del medico dell'equipe chirurgica che acquisisce il consenso

POSSIBILITA' DI DISSENSO SUCCESSIVO AL CONSENSO DATO

In ogni caso ed in ogni momento lei può rinunciare al piano terapeutico al quale questo documento fa riferimento.
Le sarà sufficiente, anche dopo il suo ingresso in struttura, firmare il suo dissenso qui a seguito riportato, per ottenere la sospensione del piano di cura a cui si riferisce.

Io sottoscritto/a ……
Dichiaro il mio dissenso alla prosecuzione del piano terapeutico al quale questo documento fa riferimento

Data …… ……
Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà

Data …… ……
Firma del medico dell'equipe chirurgica che acquisisce il dissenso