



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO RAGADE ANALE

MC 12/06 C

Rev: 2

Pag 1/4

08/2024

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.

Dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile che, per la patologia riscontrata "RAGADE ANALE" è indicato il trattamento chirurgico. Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che la Ragade anale è una piccola ulcera (ferita) lineare situata nella parte più bassa dell'ano e può essere determinata da un ipertono dello sfintere. Più frequentemente la ragade anale si presenta in posizione posteriore e più raramente in sede anteriore. Sono stata/o chiaramente informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate e all'insuccesso della terapia medica, è indicato il trattamento chirurgico che consiste in:

- SFINTEROTOMIA INTERNA LATERALE SINISTRA O DESTRA**, consiste nella sezione parziale del muscolo sfintere interno.
- DIVULSIONE ANALE MANUALE**, consiste nella dilatazione forzata dello sfintere anale.
- EXERESI DELLA RAGADE CON ev. ANUPLASTICA**, indicata nelle ragadi croniche senza ipertono sfinterico, consiste nella escissione dei margini e del fondo della ragade ed eventuale riparazione della ferita

Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario per il riscontro di alterazioni non evidenziate pre-operatoriamente.

Mi è stato spiegato che l'intervento nella gran parte dei casi viene eseguito in **anestesia locale** nel corso di un breve ricovero.

Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto alle alternative prima indicate), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate e/o tardive.

Fra le prime le più significative sono:

- la formazione di **ematomi** con successiva possibile **infezione** e formazione di **ascesso** che richiede un drenaggio;
- brevi episodi di **incontinenza ai gas**;
- **emorragia**
- **ritenzione urinaria** per la quale può essere necessaria la cateterizzazione vescicale.

Fra le complicanze tardive, sono possibili:

- **incontinenza permanente alle feci ed ai gas**, sia pure molto raramente;
- **la recidiva della ragade**.

Il trattamento di queste complicanze può allungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche, anche il **reintervento chirurgico**.

- **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,



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO RAGADE ANALE

MC 12/06 C

Rev: 2

Pag 2/4

08/2024

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

Relativamente alla convalescenza sono stato informato che:

- Il dolore postoperatorio potrà essere anche intenso e richiedere una terapia antidolorifica protratta per alcuni giorni e che aumenterà in occasione della defecazione.
- Sarà necessaria una rigorosa gestione delle ferite con automedicazioni.
- Dovrò osservare un corretto regime igienico-dietetico.

Il chirurgo mi ha informata/o sufficientemente sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa può comunque essere aumentata da eventuali malattia/e associata/e.

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

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.

Sono stata/o informato che, qualora dovesse rendersi necessario durante il ricovero, a giudizio dei sanitari, il mio trasferimento in Unità Operativa specialistica non presente in Casa di Cura Montanari, lo stesso avverrà presso la struttura idonea più vicina, disponibile al ricovero.

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 _____

Firma del professionista _____

Firma del Paziente _____



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO RAGADE ANALE

MC 12/06 C

Rev: 2

Pag 3/4

08/2024

Io sottoscritto/a _____

Spazio per l'etichetta

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

DICHIARO

- di essere stato/a esaustivamente informato/a in modo chiaro e comprensibile, mediante colloquio e modulo informativo
 - che sono/che_è affetto/a da RAGADE ANALE

che per il trattamento di tale patologia è indicato l'intervento chirurgico di

-
- del tipo e delle caratteristiche dell'intervento chirurgico proposto;
 - delle indicazioni, controindicazioni, possibili benefici ed insuccessi dell'intervento chirurgico proposto;
 - degli eventuali rischi generici e specifici e delle possibili complicanze dell'intervento chirurgico proposto;
 - del fatto che la tecnica chirurgica concordata potrà essere modificata dall'operatore nel corso dell'intervento qualora egli lo ritenesse necessario e/o opportuno;
 - del decorso post-operatorio e dei tempi di degenza medi;
 - dei controlli da effettuare e delle misure igieniche e prescrizioni da seguire a domicilio;
 - delle possibili alternative terapeutiche all'intervento chirurgico proposto e dei relativi rischi e complicanze;
 - delle motivazioni che rendono più indicato l'intervento chirurgico proposto rispetto alle alternative terapeutiche;
 - di aver avuto la possibilità di fare domande sulle informazioni ricevute e di aver ricevuto esaurienti risposte;
 - 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



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO RAGADE ANALE

MC 12/06 C

Rev: 2

Pag 4/4

08/2024

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