

# SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA

## IMPIANTO GENERALE DEL CONSENSO

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

AZIENDA/USL.....UNIV. VANUITEU.....OSPEDALE DI.....CHIR. ONCOL. APP. DIG. ....  
UNITA' OPERATIVA DI.....Direttore: Prof/Dott. GALLIA.

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la prima  
visita che durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dott. ....  
che l'affezione riscontratami è OSTENSIONE GASTRICA DA TRICOBEZOL che  
per essa è indicato l'intervento chirurgico.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che questa è un'affezione .....  
.....  
.....(breve descrizione).....  
.....

Sono stata/o chiaramente informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate,  
l'intervento chirurgico (che verrà eseguito in  anestesia generale  locale  loco-regionale )  
consisterà in GASTROTOMIA + ASPERAZIONE .....ovvero  
DEL TRUCCO BEZOL .....(breve descrizione dell'intervento).....  
.....  
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 (anche in rapporto a  
terapie alternative), gli eventuali rischi e/o le menomazioni prevedibili. Sono anche stata/o  
informata/o sulla possibilità che il tumore si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento, se  
la patologia da cui sono affetta è di questo tipo.

Sono stata/o informata/o dei limiti della procedura e delle possibili complicanze ad essa legate,  
quali: EMORRAGIA, DETURAZIONE IN ORGANI OUSCURI,  
FISTOLE, ..... (vengono qui riportate le varie complicanze possibili)..... ESITROFANO  
ECC. .....  
Altre complicanze o sequele potrebbero essere rappresentate da ESITROFANO  
DI NATURA CARINOMATOSA O RESPIRATORIA .....

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informato sulla frequenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) spiegandomi come la chirurgia, ed in particolare quella del....., benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o

.....(breve descrizione delle patologie associate).....

Sono stata/o inoltre informata/o che residueranno in ogni caso una o più cicatrici a livello cervicale  addominale  toracico o in altra sede (*specificare*).

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 prospettato.

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 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 prospettato 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, **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..

Data 28/4/20

Firma del Medico



Firma del/la Paziente

