

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO PER PRESTAZIONI CHIRURGICHE

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a informato/a in modo a me comprensibile nel corso della visita pre operatoria riguardo:

-la mia **situazione clinica** _____

-l'**atto terapeutico proposto** _____

-**allergie note ai farmaci** _____

-**gravidanza** _____

- i benefici e gli obiettivi

-le eventuali alternative terapeutiche _____

-i **rischi legati** all'atto terapeutico proposto in anestesia locale e/o (allergia, non radicalità, lipotimia/ictus)

-le **complicanze operatorie** (emorragia)

-le **complicanze post-operatorie** (edema, infezione, ematoma, dolore, parestesie)

-gli **esiti tardivi (diastasi della ferita, cicatrici ipertrofiche o cheloidee)** che potrebbero manifestarsi anche se l'intervento è stato effettuato secondo tutte le tecniche dell'arte medica, con perizia, prudenza e diligenza.

-se necessario saranno eseguite **Biopsie**.

Dichiaro di aver dettagliatamente informato il medico di tutti gli eventuali antecedenti patologici di rilievo a mia conoscenza comprese reazioni allergiche o intolleranza a farmaci. Dichiaro di aver letto e compreso il presente documento e di aver ricevuto dal medico le spiegazioni richieste e

utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato.

Tipo di anestesia da eseguire: anestesia locale, eventuale sedazione (in questi ultimi casi fare riferimento al Consenso sulla Sedazione proposto dall'Anestesista).

Cosa fare dopo l'intervento?

La persona operata sarà seguita dal dottore che ha eseguito l'intervento, che valuterà e tratterà ogni problema che possa presentarsi, le comunicherà quando potrà riprendere a guidare un veicolo o a manovrare macchinari in movimento;

- la dimissione avverrà, in assenza di complicanze, entro breve tempo; è opportuno che, alla dimissione, la persona operata venga accompagnata da un adulto;
- alla dimissione sarà prescritta la terapia opportuna e fornite istruzioni su controlli e medicazioni e sul corretto regime igienico;
- la persona operata potrà bere e mangiare dopo qualche ora (tranne in caso di comparsa di nausea e vomito);
- nel primo periodo dopo l'operazione sarà necessario osservare il riposo, non prendere decisioni importanti né intraprendere lunghi viaggi; potrebbe essere necessaria una sostituzione frequente delle medicazioni, anche con l'aiuto dei familiari;
- il dolore postoperatorio sarà in genere lieve;
- la persona operata potrà riprendere una normale attività, compreso il lavoro, entro pochi giorni
- si dovrà **contattare il Chirurgo che ha eseguito l'intervento (riferimenti presenti sul Referto**

Chirurgico) se avrà notato uno dei seguenti problemi:

- Dolore in aumento, rossore, gonfiore o perdite
- Sanguinamento importante
- Difficoltà nella minzione (= svuotamento della vescica)
- Febbre oltre i 38°C o con brividi
- Nausea o vomito.

Si tenga comunque presente che a qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica possono seguire complicanze generiche, talvolta molto gravi e potenzialmente mortali: lesione di vasi e nervi, lesioni della cute e dei tessuti dovute a correnti elettriche, calore (p.es. materassini riscaldabili) e/o disinfettanti, reazioni allergiche, complicanze a carico del sistema cardio-circolatorio (flebiti e trombosi venose con possibili embolie, alterazioni del ritmo cardiaco, occasionalmente infarto cardiaco, insufficienza cardio-circolatoria), dei polmoni (ditelectasie, cioè collasso di piccole aree polmonari con aumento del rischio di broncopolmonite, insufficienza respiratoria), dei reni e delle vie urinarie (insufficienza renale, infezioni delle vie urinarie), del fegato (insufficienza epatica), dell'encefalo (disturbi del circolo cerebrale, reazioni psicotiche), ecc., soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (cardiopatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (immunodepressione, diabete mellito, obesità, turbe della coagulazione, deperimento organico, tabagismo, ecc.).

L'insorgenza di complicanze può comportare il ricovero in ospedale per accertamenti e terapia medica ed eventualmente anche chirurgica.

CONSENSO INFORMATO

Il paziente

COGNOME e NOME	
Nato/a a	
In data	

Eventuale Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto:

In qualità di suo:

genitore caregiver tutore curatore amministratore di sostegno (altro) _____

COGNOME			
NOME			
Nato/a a			Prov.
In data		Cod. Fis.	

In qualità di suo:

genitore tutore

COGNOME			
NOME			
Nato/a a			Prov.
In data		Cod. Fis.	

Dopo valutazione anamnestico-clinica e **dopo un colloquio con il/la Dott./ssa:**

illustrativo di vantaggi, svantaggi e possibili alternative alla procedura proposta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

DICHIARAZIONE DEL MEDICO: confermo di aver spiegato e informato adeguatamente la/il paziente.

Data _____

FIRMA DEL PAZIENTE

(genitore/rappresentante legale)

FIRMA DEL MEDICO

REVOCA DEL CONSENSO

Il sottoscritto _____ in data _____ ora _____

dichiara di voler REVOCARE il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del paziente

Firma del Medico
