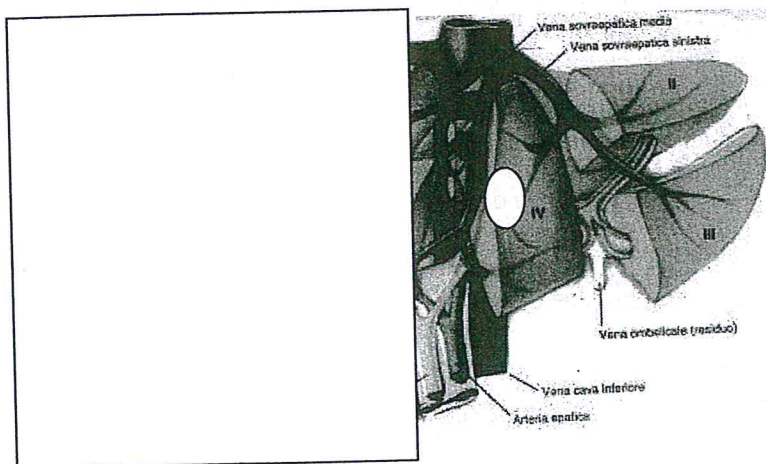


SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA

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

AZIENDA/USL APSS OSPEDALE DI TRENTO
UNITA' OPERATIVA DI CHIRURGIA II Direttore: Prof/Dott. ALBERTO BROLESE

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ dichiaro di essere stato informato sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile dal _____) che, per la patologia riscontratami **"EPATOCARCINOMA RECIDIVO SG 4"** è indicato il trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe della UO di Radiologia. Mi è stato spiegato che i tumori del fegato possono essere benigni e maligni. Sono stata/o informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà nella **ABLAZIONE PER VIA PERCUTANEA ED ECOGUIDATA CON MICRO-ONDE O RADIOFREQUENZA DELLA LESIONE EVIDENZIATA CON GLI STRUMENTI DI IMAGING AL SEGMENTO EPATICO 4.**



Sono stata/o informata/o anche che potrebbe essere necessario modificare l'intervento stesso od integrarlo con altri provvedimenti in rapporto alla valutazione intraoperatoria. Dell'intervento propostomi (che verrà eseguito in **sedazione profonda o anestesia generale di necessità**) mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, quali la chemioterapia la chemioembolizzazione ed altri trattamenti analoghi), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto anche che comunque residueranno una o più piccole cicatrici. Sono stata/o anche informata/o sulla possibilità di recidiva del tumore a distanza variabile di tempo dall'intervento, indipendentemente dal fatto che sia stata possibile o meno un'asportazione completa dello stesso.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate o tardive, quali:

- **emorragie:** il tessuto epatico è molto friabile e l'emostasi in alcune situazioni patologiche (cirrosi, alterazioni coagulative, ecc.) può risultare difficile. In queste circostanze si possono avere importanti perdite di sangue che possono richiedere emotrasfusioni sia nel corso dell'intervento sia nel postoperatorio. In alcuni casi quando, dopo l'intervento, queste emorragie non si arrestano con la terapia medica, può rendersi necessario un reintervento.
- **lesioni di organi vicini** (stomaco, intestino, ecc) che si rendono evidenti con un quadro clinico di addome acuto e che possono richiedere un intervento chirurgico.
- **fistole biliari:** possono essere la conseguenza della caduta di un'escara o di un punto di introduzione dell'ago per la procedura nel parenchima epatico. Alcune volte la guarigione della fistola viene facilitata dall'inserimento di un drenaggio naso-biliare. In caso di fistole di portata importante, può rendersi necessario un reintervento di drenaggio interno (di solito nell'intestino) del dotto biliare aperto.

- **insufficienza epatica:** dopo una resezione estesa la funzione del fegato può risultare insufficiente e determinare problemi di varia natura (coagulativi, insufficienza, fino al coma epatico, ecc.). Abitualmente il fegato si rigenera e con opportune terapie spesso si riesce a superare questa fase critica, dopo un periodo variabile di tempo.
- **Trombosi vascolari** (vena porta e arteria epatica) che potrebbero richiedere una terapia medica o chirurgica
- **versamento pleurico:** è una complicanza abbastanza frequente dopo resezione epatica. E' di solito di natura reattiva e si assorbe spontaneamente dopo qualche tempo o dopo aspirazione con una ago inserito in cavità pleurica.
- **infezioni:** sono possibili sia a livello locale (dove possono formarsi anche degli ascessi) sia a livello sistemico. In genere gli ascessi vengono svuotati sotto guida ecografica e solo raramente abbisognano di un reintervento.
- **lesioni da postura.** Possibili per il posizionamento sul letto operatorio e per la durata dell'intervento, Possono interessare le parti molli, nervi o tessuti. Questi danni di solito si risolvono entro un tempo variabile.
- **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, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

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

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero delle 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 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 a voce. **Dichiaro** altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente

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 della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Data 07.2.2020

Il Paziente

Il Medico

L

V V'

--

5