

	Regione Siciliana Azienda Ospedaliera-Universitaria "Policlinico Vittorio Emanuele" Catania	PRESIDIO OSPEDALIERO I 1° Unità Chirurgica CARDELLI GIUSEPPE D. Nasc. 18/08/1944 PCAP CHIR GEN E GINECOLOGIA CROSTINAMIRB4280
--	--	---

MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

01 ORD 11/2022/00530/17/2020

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ (Prov. _____) il 18/08/1944

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

☐ GENITORI (se paziente minorenni)	☐ TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALE
---	---

SOGGETTO 1:

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

SOGGETTO 2:

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

SINTESI SITUAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE E POSSIBILE EVOLUZIONE DELLA MALATTIA

EXTRA BACIA INTRACOLELSTICA
CON ATTENUAZIONE IN GNA RESCENIG
DILATAZIONE VBP in 20p/ con IPRA

ATTO SANITARIO PROPOSTO:

COLELICTECTOMIA -
EV. ESPLORAZIONE VBP - possibile Tubo di K

DICHIARAZIONE DI AVVERUTA INFORMAZIONE

Dichiaro che mi è stato consegnato il seguente materiale informativo:

☐ Opuscoli ☒ Schede ☐ Altro _____

e di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente riguardo a lo scopo, i potenziali benefici, le possibili complicanze e le alternative della procedura che mi è stata proposta per

(specificare la patologia) Barrare se non pertinente

e sulla possibilità che i sanitari curanti possano modificare quanto mi è stata proposto, qualora nel corso della esecuzione della procedura le mie condizioni lo impongano.

Altre informazioni fornite o richieste dal paziente:

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

☒ **accetto**☐ **non accetto**

Il trattamento che mi è stato proposto.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso.

Osservazioni:

_____ rappresentante legale

Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso

REVOCA DEL CONSENSO

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro di revocare il consenso

Data ____ / ____ / ____

Firma dell'interessato/genitori/rappresentante legale

Firma del Medico che acquisisce il consenso

Da compilarsi nei pazienti minorenni in caso di assenza di uno dei genitori

Dichiarazione motivazione assenza di uno dei genitori

Io sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ (Prov. ____)

il ____ / ____ / ____ residente a _____ (Prov. ____) Via _____ N. ____

DICHIARA

1. Di essere genitore del paziente:

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ (Prov. ____)

2. Di essere stato informato delle disposizioni del Codice Civile che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni.

3. Che il mio stato civile è il seguente: ☐ coniugato/a; ☐ vedovo/a; ☐ separato/a;
☐ divorziato/a, in situazione di: ☐ affidamento congiunto
☐ genitore affidatario
☐ genitore non affidatario4. Che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: ☐ lontananza ☐ impedimento ☐ altro _____

5. Che, ai fini dell'applicazione della Legge 8/2/06 n. 54 art. 1, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

☐ che il sottoscritto esercita la potestà separatamente
☐ altro _____

Luogo e data _____ Il/La dichiarante _____

La presente istanza è stata:

☐ Sottoscritta dall'interessato in presenza di: _____

(firma del medico)

M_POS-UOQ-7-02_1 ed. 1 rev. 01 del 10 Maggio 2011



Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico -
Chirurgia Generale e Senologia
Direttore: Prof. Alessandro Cappellani

NUMERO
CARDINALE (201100)
D. 1000 10/01/1944
PCAP (1000) (0000) (00000000)
(000000000000000000)

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO

01/0000 00/000000000000000000
00000000

Io sottoscritto/a CARDELLO GASTONO nato/a a

CALTAGIRONE il 11/08/66 dichiaro di essere stato

informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dott. A. CAPPELLANI che
per la patologia riscontratami,

CHOLELITIASI INTRA COLECISTICA -
DILATAZIONE E VBP. 1200/1 con IPK

è indicato l'intervento chirurgico.

Sono stato/a informato/a che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate l'intervento previsto (che verrà
eseguito in anestesia generale) consisterà in una COLECISTECTOMIA per
via LAPAROSCOPICA ☐ LAPAROTOMICA ☒ ovvero nell'asportazione della colecisti, CON
POSSIBILE CONVERSIONE.

Mi è stato anche chiaramente spiegato, tuttavia, che potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare
la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, per la presenza di anomalie anatomiche e/o di
altre patologie misconosciute (calcolosi della via biliare principale, neoplasie della colecisti, fistole colecisto-
duodenali, colecisto-coledociche etc...) o per impedimenti di carattere tecnico e che queste situazioni
potrebbero richiedere, qualora l'intervento sia iniziato per via laparoscopica, anche la sua conversione nella via
tradizionale, laparotomica, per poterlo concludere in tutta sicurezza.

Durante l'intervento verrà in ogni caso esplorata la via biliare principale ed è possibile che venga eseguita una
colangiografia intraoperatoria per visualizzare le condizioni della via stessa; è possibile altresì che venga eseguita
una coledocotomia, ovvero un'incisione della via biliare principale per l'evacuazione di eventuali coaguli o altro
materiale che potrebbe ostacolare il deflusso ed è quindi ulteriormente possibile che venga lasciato in sede un
tubo di drenaggio biliare interno-esterno (tubo di Kehr).

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto ad altre
terapie ovvero al trattamento medico) e gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto che
comunque residueranno una o più cicatrici.

Sono anche stato/a esaurientemente informato/a delle possibili complicanze legate alla metodica chirurgica,
quali:

- lesioni della via biliare extraepatica, che possono comportare perdita biliare più o meno importante (ramo
biliare anormale, discesa moncone cistico, lesione del dotto principale etc...) Tali lesioni richiedono spesso
procedure aggiuntive quali la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) o il drenaggio biliare transepatico
(PTBD), etc. e talvolta la necessità di reinterventi.

- lesioni vascolari di grossi rami arteriosi dell'arteria epatica, che possono verificarsi per la presenza di tenaci
aderenze che coinvolgono l'albero biliare e/o le strutture vascolari per pregressi episodi infiammatori (colecistite)
o per anomalie anatomiche;

- emorragie che, quando si verificano nel periodo postoperatorio, possono richiedere un reintervento;

- lesioni di visceri cavi, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti;

- pancreatite acuta, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Rappresenta una complicanza
temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-
pancreatico.

- calcolosi residua della via biliare principale, che potrebbe richiedere metodiche
per la risoluzione del problema, come la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) nel corso della quale
possono anche essere asportati calcoli;



CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO

- lesioni cicatriziali tardive di rami della via biliare extrapatrica., possibili a distanza variabile di tempo dall'intervento;
- second look (ovvero un reintervento di completamento), in funzione del referto istologico della colecisti.
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello) 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, deficitamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

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

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi.

Sono stato/a altresì informato/a che l'intervento verrà eseguito in anestesia generale e che in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale.

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.

Nel caso siano presenti patologie associate misconosciute che comportino la necessità di intervento chirurgico differente ma procrastinabile desidero:

☐ in caso di anestesia generale essere risvegliato per un nuovo consenso informato,

☐ proseguire il trattamento chirurgico con variazioni sul programma a giudizio dell'operatore.

La firma di questo documento significa che Lei ha compreso, avendone avuto il tempo necessario ed essendo stato soddisfatto anche ogni Suo ulteriore quesito riguardante anche la comprensione dei singoli termini, il significato dell'intervento sopra indicato e che è ben consapevole della possibilità di complicanze anche gravi.

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.

Catania, _____