

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Io sottoscritto
nato/a a:

DICHIARA

di essere stata informata/o, sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dr. LIVERANI..... in merito alla patologia di cui sono affetto:

Pertanto l'intervento proposto è: EMICOLECTOMIA DX

Eventuali alternative terapeutiche potrebbero consistere in:

Sono stato/a informato/a che questo intervento può comportare delle complicanze immediate e/o tardive, quali:

- **Emorragie e/o ematomi**, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni;
- **Complicazioni a carico della ferita precoci e/o tardive** (infezioni) possono presentarsi in forma lieve o in forma più grave. Esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici;
- **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 e farmacologica.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da:

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informato/a sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Struttura Complessa), spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che essa può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetto/a.....

Inoltre, sono stato/a informato/a che in ogni caso residueranno una o più cicatrici.

Sono comunque consapevole che, qualora si presentasse 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 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.

Ciò permesso,

• **Dichiaro di essere stato/a informato/a che l'Ospedale non dispone di Unità di Terapia Intensiva e che, pertanto, dopo l'intervento chirurgico, qualora fosse ritenuto necessario da parte degli anestesisti, potrei essere trasferito in altro Ospedale fornito di tale struttura per il tempo ritenuto necessario. Sono stato/a, comunque, informato che tale evenienza, salvo diverso e motivato giudizio da parte degli anestesisti, potrà verificarsi solo raramente.**

• **Dichiaro di accettare che il consenso informato sia firmato da un medico diverso da quello che eseguirà l'intervento, il quale ultimo ne fa propria tutta l'impostazione terapeutica in esso contenuta.**

• **Dichiaro di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente.**

• **Dichiaro di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.**

Consapevolmente, quindi:

• **Accenso** • **Non Accenso**
al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'équipe di questa Struttura Complessa.

• **Autorizzo** • **Non Autorizzo**
i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico venissero evidenziate altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi 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.

• **Accenso** • **Non Accenso**
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 completo riserbo della mia privacy.

Data 16.02.2019

Firma del

Firma del Tutore
o di chi esercita la Patria Potestà

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE ED ESPRESSIONE DEL CONSENSO
INFORMATO AL TRATTAMENTO ANTIBLASTICO**

lo sottos
nel pienc
compre

in merito al piano generale di trattamento ed alla terapia antiblastica che mi verrà somministrato nonché agli effetti collaterali della terapia antiblastica, riportati nell'informativa fornita (DS - Mod. W 359 a / 2019).

Il trattamento medico antiblastico proposto è il seguente:

Nome dello schema: CAPELITABINA - BEVAUZW MAB

| Nome del farmaco | Via di somministrazione | Dose | Giorno/i | Ciclo ogni (giorni) |
|------------------|-------------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| CAPELITABINA | ORALE | 2000 mg tot/die | 1 -> 14, 21 | 21 giorni |
| BEVAUZW MAB | EV | 7,5 mg/kg | 1 | 21 giorni |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Sono stato informato dal Medico che tale schema potrebbe essere modificato in termini di dosi, numero di cicli e vie di somministrazione in rapporto alla tolleranza, alle tossicità registrate o a diverse indicazioni cliniche.

Sono consapevole che la terapia endovenosa potrà eventualmente richiedere per la sua somministrazione il posizionamento di un accesso venoso centrale. Per questa eventuale procedura verrà chiesta una autorizzazione specifica al momento in cui fosse necessaria.

Dichiaro di aver compreso la natura, lo scopo, i rischi/effetti collaterali potenziali, le possibili conseguenze delle procedure annesse al trattamento antiblastico e le eventuali alternative ad esso.

Sono stato informato in merito agli esami e controlli clinico-strumentali periodici cui dovrò sottopormi nel corso della terapia per verificarne l'efficacia e le eventuali tossicità.

Sono stato messo a conoscenza della necessità di evitare gravidanze durante ed immediatamente dopo il trattamento stesso (per almeno due anni) visti i possibili effetti pericolosi per il feto legati alla terapia antiblastica.

→

Avendo, quindi, ricevuto un'informazione completa e chiara e avendo avuto il tempo di effettuare le mie dovute valutazioni, dichiaro

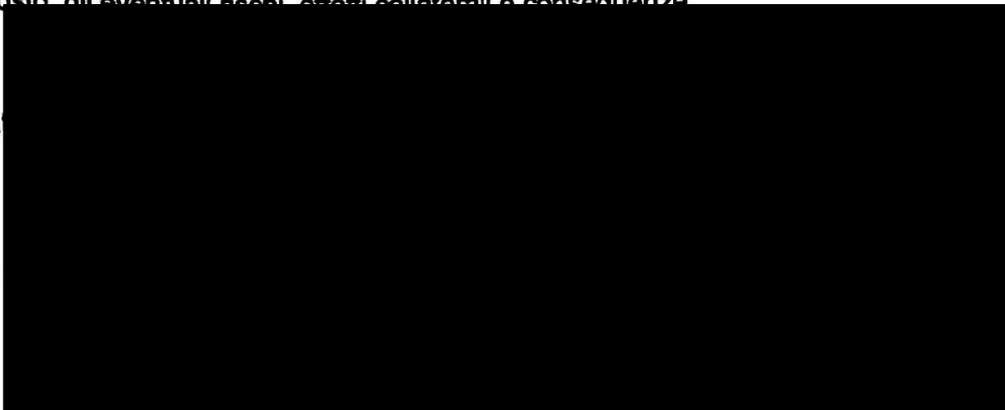
di ACCETTARE

di NON ACCETTARE

il trattamento proposto, gli eventuali rischi, effetti collaterali e conseguenze

Albano Laziale, da

Firma e timbro del



Firma del Genitore (se minore)

Firma del Tutore Legale del Paziente