

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5 SPEZZINO
PRESIDIO OSPEDALIERO DEL LEVANTE LIGURE
Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare
Dirigente Responsabile: Prof. Gianni Celoria

SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA

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

Io sottoscritto /a _____ nato/a a _____ il _____, dichiaro di essere stato/a informato/a, sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro e da me comprensibile dal Prof./Dr _____ che per la patologia riscontratami: **STENOSI DELLA CAROTIDE** (ovvero presenza di un restringimento dell'arteria carotide, in genere dovuta ad una placca aterosclerotica che può provocare trombosi od embolia cerebrale con conseguente paralisi o decesso) è indicato l'intervento chirurgico.

Mi è stato chiaramente spiegato che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà in una **ENDOARTERIECTOMIA a cielo aperto o per eversione**, (ovvero nella pulizia dell'arteria mediante asportazione della placca aterosclerotica ed eventuale ricostruzione con plastica di allargamento mediante tessuto protesico) che verrà eseguito in **anestesia loco-regionale o generale**. Tuttavia, potrebbe essere necessario o conveniente modificare il tipo di anestesia e la tattica chirurgica (in un Bypass con applicazione di protesi) in rapporto alla valutazione intraoperatoria.. Sono informata/o che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

Di quanto propostomi, mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative come la terapia medica), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili

Sono stato/a informato/a che questo intervento può comportare complicanze quali:

- **fenomeni ischemici cerebrali**, transitori o definitivi, di varia gravità, fino alla paralisi definitiva, dovuti a intolleranza al clampaggio, **trombosi o embolia** intra e/o post-operatoria, **dissezioni intimali**, uso dello shunt temporaneo, **emorragia cerebrale**, **ipotensione grave**.
- **crisi ipertensive e/o ipotensive, aritmie ed ischemia cardiache**, dovute al clampaggio e a manovre sul globo carotideo, che possono richiedere monitoraggio intensivo ed uso di farmaci e infusione
- **emorragie ed ematomi intra-operatori e/o postoperatori**, che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni.
- **edema locale, linforragia**, sempre temporanee, in relazione alla legatura indispensabile di vene e alla dissezione linfatica. **Scialorragia** temporanea dalla incisione per occasionale sezione parziale della ghiandola parotide.
- **paresi** temporanea, raramente definitiva, dei nervi cranici (ipoglosso, glossofaringeo, vago, ricorrente, laringeo superiore) interessati dalla dissezione chirurgica, con alterazione della voce, capacità di parlare e deglutire.
- **lesione** parziale o totale di branche periferiche dei nervi cervicali, con alterata sensibilità cutanea.
- **infezione protesica**, se è stato usato un patch sintetico, precoce o tardiva
- rottura o altre complicanze connesse a imperfetta tenuta **difetti o usura del materiale protesico**.
- **occlusione tardiva** di una o entrambe le branche protesiche, dovute a fenomeni di iperplasia miointimale, coagulabilità del sangue, disidratazione, aggravamento della circolazione periferica, ecc.
- **risultato estetico finale scadente** dovuto a incisioni multiple, ad ischemia o ad alterati meccanismi di cicatrizzazione, soprattutto in presenza di dermatiti o di **Infezione** della ferita chirurgica
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, intestino, 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.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può

considerarsi esente da rischi che possono essere accresciuti dalla eventuale compresenza di patologie associate: _____

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propositami, 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 propositami. 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 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 e, quindi, consapevolmente **Accconsento** **Non Accconsento** al trattamento chirurgico propositomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.

Autorizzo **Non autorizzo** inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico propositami 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, **Accconsento** **Non accconsento** 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.

Il consenso informato all'anestesia rappresenta un consenso a parte la cui presa visione e sottoscrizione da parte del paziente sarà di competenza del medico anestesista.

Data di consegna al/la paziente/...../.....

Firma del Medico

Firma del/la Paziente
