



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE LIGURIA
AZIENDA U.S.L. N.5 – “SPEZZINO”
U.O. GINECOLOGIA E OSTETRICIA
Primario Dr. G.S. Nucera

SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI TOT

Gentile Signora

Le chiediamo di leggere attentamente questo documento a completamento del più ampio momento diagnostico ed informativo fra noi intercorso.

Il disturbo da Lei lamentato è la *perdita di urina sotto sforzo*.

L'intervento previsto per il Suo caso, denominato T.O.T., viene praticato nel modo qui sotto descritto.

La procedura viene eseguita in sala operatoria in anestesia locale, loco-regionale o generale secondo le indicazioni più adatte alle Sue condizioni, ai Suoi desideri e soprattutto alle caratteristiche dell'intervento chirurgico.

Viene praticata una piccola incisione sulla parete anteriore della vagina e due piccole incisioni cutanee all'esterno nell'area delle grandi labbra vulvari.

Attraverso queste incisioni viene fatta passare una sottile striscia di un tessuto particolare, mediante aghi appositamente approntati. Questa sottile striscia di materiale sintetico ha la funzione di sostenere l'uretra come una amaca e, quindi, di impedire la fuoriuscita dell'urina durante gli sforzi.

Una alternativa a questo intervento è rappresentata dalla riabilitazione del pavimento pelvico che può essere presa in considerazione in determinati casi.

Risultato atteso

Scomparsa o attenuazione del disturbo della perdita urinaria; va sottolineato che in una esigua percentuale di casi il risultato può non essere completo.

Possibili complicanze

Nessun intervento può essere considerato completamente privo di complicanze anche se eseguito con il massimo possibile della prudenza, perizia e diligenza.

Complicanze intra-operatorie

Esiste un rischio, seppure molto ridotto rispetto ad altri interventi dello stesso tipo, di lesioni della vescica, di vasi sanguigni o uretra; in questi casi è necessario mantenere il catetere vescicale per qualche giorno.

Complicanze post-operatorie

Può esservi inizialmente una difficoltà ad urinare spontaneamente ed essere quindi necessario svuotare la vescica con il catetere vescicale; raramente può verificarsi una ritenzione urinaria prolungata.

Può esservi nella sede dell'intervento un dolore, solitamente minimo.

Il flusso di urina può essere più debole e la sua espulsione può richiedere più tempo; talvolta la vescica può svuotarsi non completamente.

Può presentarsi un bisogno urgente di urinare, assente prima dell'operazione.

In qualche caso la sottile striscia di materiale sintetico inserita potrebbe non essere ben tollerata; nella maggior parte dei casi ciò si risolve senza dover reintervenire.

Ritorno a casa

Il ritorno a casa si verifica di solito 24 ore dopo l'intervento, compatibilmente con la corretta ripresa della minzione.

Non si richiede l'asportazione dei punti e le suture scompariranno con il tempo.

Potrà rendersi necessaria, in certi casi, la somministrazione di antibiotici e/o antidolorifici.

Il periodo di astensione dal lavoro è condizionato dal grado di sforzo fisico che la sua attività comporta, si

consiglia di astenersi dal sollevare pesi, da esercizi fisici e da rapporti sessuali per 4-6 settimane.

Un controllo è necessario a distanza di 40-60 giorni dall'intervento.

Per ogni problema intercorrente Lei potrà rivolgersi al Reparto.

Data.....

Firma della paziente

Firma del medico

CONSENSO ALL'INTERVENTO

Io sottoscritta
dichiaro di:

- Avere avuto a disposizione tempo sufficiente per leggere attentamente e comprendere quanto contenuto nella scheda informativa e di essere quindi in possesso delle informazioni desiderate sull'intervento previsto.
- Essere consapevole che, come per ogni altro intervento, possano presentarsi difficoltà impreviste o nuovi elementi tali da rendere opportuno o necessario modificare il programma previsto.
- Avere capito chiaramente i possibili rischi che esso potrebbe comportare rispetto ai vantaggi per la mia persona, anche in rapporto alle eventuali conseguenze per la mia salute nel caso decidessi di non sottopormi alle cure proposte ed alle eventuali alternative terapeutiche.
- Avere avuto l'offerta di ulteriori spiegazioni da parte degli Specialisti del Reparto e dello Specialista di mia scelta.
- Dichiaro di aver avuto tempo e modo idonei per prendere una decisione consapevole.

Autorizzo sì no a videoriprese e/o fotografie nel corso dell'intervento ai fini di documentazione e di didattica.

Sono altresì consapevole della possibilità che l'intervento venga rinviato per motivi imprevedibili; è mia facoltà di accettare il rinvio o di optare per un'altra Struttura a cui potrò essere inviata.

Do quindi il mio consenso e la mia autorizzazione ad essere sottoposta all'intervento descritto nella scheda informativa.

Data.....

Firma della paziente

Firma del Medico