

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 ed a me comprensibile dal Prof./Dr _____ che per la patologia riscontrata: **ANEURISMA DELL'AORTA e/o delle ILIACHE** è indicata la correzione endoluminale. Mi è stato chiaramente spiegato che questa affezione consiste in una dilatazione della/e arteria/e che, trascurata, può andare incontro a rottura con elevato rischio per la sopravvivenza. Sono stata/o informata/o che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà in una **ESCLUSIONE TRANSLUMINALE MEDIANTE ENDOPROTESI** (ovvero nell'inserimento, sotto guida radiologica, di una protesi attraverso due incisioni sull'arteria femorale a livello inguinale) e che, tuttavia, potrebbe essere necessario o conveniente, durante la procedura, modificare la tattica o astenersi in rapporto a nuove valutazioni radiologiche. Di quanto propostomi, mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, ovvero interventi chirurgici tradizionali o la terapia medica), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili. Mi è stato anche chiaramente spiegato che questa tecnica recente, seppure promettente e mini-invasiva, è da intendersi tuttora in sperimentazione clinica, anche se è già stata applicata in molti casi.

Sono stato/a informato/a che questo intervento (che verrà eseguito in **anestesia periferica e/o generale**) può comportare, oltre alle complicanze generiche connesse ad interventi invasivi ed all'uso di mezzo di contrasto, complicanze quali:

- lesioni dei grossi vasi per perforazione, rottura completa, dissezione parietale, ematoma intramurale, flap intimale, ostruzione acuta per trombosi, vasospasmo, emorragie ed ematomi intra-operatori e/o postoperatori, che potrebbero comportare anche la necessità di un intervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni.
- edema di uno o di entrambi gli arti inferiori, in relazione a possibile trombosi venosa profonda, stasi linfatica da interruzione delle vie di deflusso a quel livello. L'edema comporta l'ingrossamento dell'arto e regredisce quasi sempre con la sola contenzione elastica.
- linforragie (perdita di linfa dalle incisioni inguinali) o formazione di raccolte saccate (linfoceli), che abitualmente richiedono solo puntura evacuativa, raramente la legatura dei linfatici.
- l'insorgenza di trombosi venosa profonda, ed eventuali embolie polmonari, in relazione alle manovre di isolamento arterioso, settore strettamente contiguo alle grosse vene addominali, o per stasi da allettamento.
- insorgenza postoperatoria d'ischemia acuta degli arti inferiori, in relazione ad eventuale trombosi precoce della protesi impiantata o di fenomeni embolici da distacco di materiale trombotico od aterosclerotico, nelle manovre di isolamento vascolare o di clampaggio e ricostruzione arteriosa. Ciò comporta spesso la necessità di reinterventi chirurgici disostruttivi e raramente anche l'amputazione.
- insorgenza postoperatoria di ischemia intestinale, per lo più conseguente ad episodi di bassa portata e/o occlusione di rami viscerali (arterie mesenteriche e/o coliche e/o ipogastriche). Ciò può richiedere reinterventi per resezioni di tratti intestinali più o meno estesi.
- ischemia renale per ostruzione delle arterie da parte dell'endoprotesi o per embolia da manovre del catetere.
- lesioni midollari, straordinariamente rare, per occlusione di arterie lombari, con conseguente paresi o paralisi, talvolta definitiva, a livello di funzione motoria degli arti inferiori, delle funzioni ano-vescicali e della funzione sessuale.
- l'insorgenza di infezioni protesiche, precoci o tardive, che possono portare a setticemia, emorragia, trombosi, e richiedere la rimozione della protesi con complessi interventi.
- rottura o altre complicanze connesse a difetti o usura del materiale protesico.

- infezione delle ferite chirurgiche.
- l'insorgenza postoperatoria di impotenza sessuale totale o parziale, spesso irreversibile, in relazione alla occlusione di una o entrambe le arterie ipogastriche.
- occlusione tardiva di una o entrambe le branche protesiche, dovute a fenomeni di iperplasia miointimale, deformazione della sacca aneurismatica, coagulabilità del sangue, disidratazione, aggravamento della circolazione periferica, e altre cause.
- rottura dell'aneurisma, nonostante l'accertata esclusione radiologica o per persistenza di leak (rifornimento sanguigno) accertato.
- necessità di completare la procedura mediante inserimento di nuovi segmenti di endoprotesi o manovre angiografiche per escludere residui di flusso sanguigno nella sacca aneurismatica.
- complicanze legate al mezzo di contrasto: insufficienza renale, per lo più transitoria e raramente definitiva, aritmie cardiache fino all'arresto, crisi ipotensive o ipertensive, reazioni neurologiche, reazioni allergiche fino allo shock.

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 tali procedure, benché eseguite con tecnica rigorosa, non possano considerarsi esente da rischi, che possono essere accresciuti dalla presenza di patologie associate da cui sono affetto/a: _____

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 programmato 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 nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando o interrompendo il programma terapeutico prospettatomi, eventualmente trasformandolo nella correzione chirurgica tradizionale degli aneurismi. 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 propostomi, che verrà praticato dall'equipe radiologica di riferimento di questa Unità. **Autorizzo** **Non autorizzo** inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato. **Autorizzo** **Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o sangue eventualmente prelevatimi 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 o dopo 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
