

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 riscontratami: **ISCHEMIA DEGLI ARTI INFERIORI DA STENOSI-OSTRUZIONI ILIACHE E/O FEMORALI E/O POPLITEE E/O TIBIALI , ANEURISMA FEMORALE O POPLITEO, PSEUDOANEURISMA FEMORALE** è indicato l'intervento chirurgico, che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, consisterà in una di queste opzioni:

- **TEA e/o BYPASS ILIACO-FEMORALE**, **BYPASS FEMORO-POPLITEO** o **FEMORO-DISTALE** , **BYPASS EXTRA-ANATOMICO** , eventuali associate **AMPUTAZIONI LIMITATE a livello di piede**
- **AMPUTAZIONE PRIMARIA dell'ARTO**, a livello di coscia , gamba o piede , senza intervento associato di rivascularizzazione.
- Per tali procedure verranno usate **PROTESI SINTETICHE** o **BIOLOGICHE** o **VENE AUTOLOGHE** (la propria safena).

Mi è stato chiaramente detto che la scelta del tipo di intervento più idoneo per il trattamento della mia malattia è spesso frutto dell'esplorazione intraoperatoria e che comunque potrebbe essere necessario modificare la tattica chirurgica in rapporto a tale valutazione.

Sono stato/a informato/a che l'intervento verrà eseguito in **anestesia generale o loco-regionale** e 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 ovvero alla terapia medica), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stato/a informato/a che questo intervento può comportare, oltre alle complicanze generiche connesse ad interventi maggiori (cuore, polmoni, reni, fegato, intestino, ecc), complicanze quali:

- insorgenza postoperatoria **d'ischemia acuta di uno o entrambi gli arti inferiori**, in relazione ad eventuale trombosi precoce della protesi impiantata o dei vasi a monte o a valle, di fenomeni embolici da distacco di materiale trombotico od aterosclerotico. Ciò comporta spesso la necessità di reinterventi chirurgici disostruttivi e può portare anche all'amputazione.
- **emorragie ed ematomi**, a livello delle incisioni praticate (addominale, inguinale, di coscia, gamba e piede) per portare il by-pass a quel determinato livello; possono richiedere reinterventi evacuativi e di emostasi ed associate emostrasfusioni.
- **lesioni accidentali dei vasi femorali o poplitei** anche venosi per vicinanza anatomica
- **lesione temporanea o definitiva dei nervi dell'arto, sia sensitivi che motori**, che possono comportare parestesie, anestesia e paralisi, temporanee o definitive.
- l'insorgenza di **trombosi venosa profonda**, di uno o entrambi gli arti, ed eventuali **embolie polmonari**, in relazione alle necessità anatomiche di isolamento arterioso, settore strettamente contiguo alle vene profonde dell'arto inferiore, a prolungato allettamento oppure per coesistenza di fattori predisponenti la trombofilia.
- **edema di uno o di entrambi gli arti inferiori**, in relazione al meccanismo stesso di rivascularizzazione, a trombosi venosa profonda, a prelievo o interruzione della vena safena, a stasi linfatica da interruzione chirurgica inevitabile delle vie linfatiche. Abituamente necessitano solo di contenzione elastica per un periodo limitato.
- **linforragie**, più o meno abbondanti e durevoli, dalle incisioni inguinali, o formazione di raccolte saccate postoperatorie (**linfoceli**), che abitualmente richiedono solo puntura evacuativa, raramente il reintervento per legatura delle vie linfatiche aperte.

- **rischio di infezione delle ferite chirurgiche**, più frequente a carico dell'inguine, per un eccesso di sudorazione e di attrito .
- l'insorgenza di **infezioni protesiche**, precoci o tardive, che possono portare a setticemia, emorragia, trombosi, e richiedono spesso la sostituzione della protesi con complessi interventi ricostruttivi e possono portare ad amputazione.
- rottura o altre complicanze connesse a **difetti o usura del materiale protesico**.
- **occlusione tardiva** della ricostruzione, dovuta a fenomeni di iperplasia miointimale, coagulabilità del sangue, disidratazione, aggravamento della circolazione periferica, e altre cause.
- l'insorgenza di **laparoccele**, se vi è una incisione addominale, che può rendere necessario a distanza il reintervento di plastica (anche con protesi) della parete addominale
- complicanze di ferita, specifiche di un arto in ischemia cronica, quali **deiscenze di ferita** o **necrosi della stessa**, per lo più limitate ai margini o a tratti degli stessi. Possono richiedere un prolungamento della degenza per necessità di medicazioni frequenti e limitate asportazioni di tessuto devitalizzato
- **risultato estetico finale scadente** dovuto a incisioni multiple, ad ischemia o ad alterati meccanismi di cicatrizzazione, soprattutto in presenza di dermatiti.
- **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 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 prospettatomi. 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 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 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. 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
