

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

ERNIA DIAFRAMMATICA

Alle ore _____ del ____/____/____ ha inizio l'incontro tra il/la Dr./D.ssa _____

Dirigente Medico della U.O.C. di Chirurgia Toracica e il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____, Cod. Fisc. _____

Io sottoscritto/a _____

☐ dichiaro di voler ricevere le informazioni inerenti la mia patologia e il trattamento indicato

☐ dichiaro di non voler di ricevere, in tutto o in parte, le informazioni inerenti la mia patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni _____

☐ nomino il/la Sig./Sig.ra _____ persona di mia fiducia come unica autorizzata a ricevere le informazioni sul mio stato di salute e, in caso di necessità, ad esprimere il consenso in mia vece

☐ dichiaro espressamente di essere stato/a messo/a a conoscenza in modo chiaro e comprensibile dal/dalla Dr./D.ssa _____:

A sul mio stato di salute e sulla patologia per la quale mi viene proposto l'intervento chirurgico

B della natura e del tipo dell'intervento chirurgico

C degli obiettivi, dei benefici e dei rischi connessi all'intervento stesso

D delle eventuali complicanze e/o menomazioni prevedibili

E della possibilità che, durante la procedura chirurgica, possa rendersi necessaria la modifica del tipo di intervento rispetto a quello proposto

F del prevedibile decorso post-operatorio

In particolare dichiaro di essere stato/a informato/a che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la patologia da cui sono affetto è: **ERNIA DIAFRAMMATICA** e che per la mia patologia la procedura

terapeutica consiste in una **RIDUZIONE DELL'ERNIA E RIPARAZIONE DEL DIFETTO DEL DIAFRAMMA**

Le alternative, all' intervento proposto, sono le seguenti: _____

L'intervento chirurgico viene eseguito in anestesia generale e intubazione orotracheale con tubo a doppio lume in maniera da assicurare la respirazione e mettere a riposo il polmone che occupa il cavo pleurico sede dell'intervento. La procedura operativa prevede una esplorazione del cavo pleurico che ha lo scopo di valutare la natura della lesione per una conseguente procedura terapeutica. In caso di neoformazione endotoracica pura (Lipoma paracardiaco, cisti pericardica, neoformazione di altra natura) si procederà alla rimozione della stessa. Nel caso si trattasse di erniazione in cavo pleurico, per via trans diaframmatica, di strutture normalmente situate in addome, sarà valutata la possibilità e la opportunità di una riduzione della stessa nella sua sede naturale: se questa procedura non dovesse essere praticabile o non sicura (possibilità di ischemia e/o sindrome aderenziale a carico degli stessi organi sottodiaframmatici) si potrebbe rendere necessaria una esplorazione laparoscopica o laparotomica (apertura della parete addominale) per una gestione in sicurezza della situazione sottodiaframmatica.

Riposizionati gli organi addominali nella loro sede naturale, si procederà alla riparazione del difetto del muscolo diaframmatico con sutura diretta o l'applicazione di un patch di materiale sintetico.

L'intervento termina con il posizionamento di drenaggi endopleurici e/o addominali e la chiusura degli accessi chirurgici del torace e dell'addome.

Sono stato/a informato/a che la procedura chirurgica anche se viene eseguita con tecnica rigorosa seguendo tutti i criteri di sicurezza e sterilità, non è esente da rischi e che il rischio aumenta per malattie concomitanti che, nel mio caso sono: _____

Le **COMPLICANZE** possono essere di **ordine generico** (a carico del cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) e 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, ecc.) così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica, ecc. Nel mio caso l'intervento potrebbe presentare complicanze attribuibili a:

Vi sono poi complicanze di **ordine specifico**, collegate cioè alle manovre chirurgiche: come infezione delle ferite chirurgiche, infezione polmonare, pneumotorace persistente tale da richiedere un prolungamento dei tempi di drenaggio e quindi della ospedalizzazione, emorragia intra e/o post-operatoria, dolore toracico

post-operatorio, cicatrice deturpante, insufficienza respiratoria, atelettasia polmonare, empiema pleurico, emoperitoneo, sindrome aderenziale degli organi sottodiaframmatici, recidiva della patologia diaframmatica.

In alcuni casi nel periodo post-operatorio potrebbe insorgere una **insufficienza respiratoria** tale da richiedere il ricovero in UTIR (Unità di Terapia Intensiva Respiratoria) dove potrebbe rendersi necessaria una tracheotomia (cioè esecuzione di un orificio sulla parete anteriore della trachea alla base del collo in cui viene posizionata una cannula) per una più adeguata assistenza ventilatoria e gestione della via aerea. Tale provvedimento terapeutico potrebbe essere temporaneo o permanente.

Sono altresì consapevole, perché informato/a, che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto, in caso di insorgenza di problematiche di tipo coronarico urgenti, potrei essere trasferito/a in altra struttura ospedaliera provvista di UTIC.

E' possibile che, durante l'intervento e/o nel post-operatorio, i Sanitari si trovino nella condizione di dovermi trasfondere sangue e/o emoderivati omologhi.

☐ **Accetto** ☐ **Non accetto** la trasfusione di sangue e/o emoderivati omologhi essendo stato informato del rischio di contrarre malattie trasmissibili con il sangue e/o emoderivati (epatite, HIV, ecc.)

☐ **Autorizzo** ☐ **Non autorizzo** i Sanitari che mi stanno curando, a modificare il programma di trattamento intra e post-operatorio laddove si presentassero condizioni di emergenza per sopraggiunte complicanze intraoperatorie e post-operatorie, che potrebbero mettere anche a rischio la mia vita. I Sanitari potranno modificare l'intervento chirurgico propositomi e attuare tutte le procedure terapeutiche necessarie per garantire la mia sopravvivenza.

Sono infine consapevole che, per motivi anatomici il programma di trattamento chirurgico potrebbe non essere portato a termine e concludersi con la cosiddetta "**toracotomia esplorativa**".

Ciò premesso, io sottoscritto/a _____ alle ore _____

Dichiaro che quanto sopra descritto

☐ **Era** ☐ **NON era** stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.

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

☐ **NON essere** stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto

Dichiaro, altresì, di

☐ **Avere** ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto

☐ **NON avere** ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti

☐ **Di porre** le seguenti domande: _____

a cui ☐ **Sono state fornite** esaurienti risposte

☐ **NON sono state fornite** esaurienti risposte

Quindi, consapevolmente

☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento** al programma di trattamento propositomi.

☐ **Autorizzo** ☐ **Non autorizzo** inoltre i sanitari, 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 prospettato e preventivamente concordato.

☐ **Autorizzo** ☐ **Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi, eventualmente asportati durante il trattamento, al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, ☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento** affinché, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese video-fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

☐ **DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO** le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari.

Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet:
<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore _____ del ____/____/____

Firma del/della Paziente

Firma del Genitore/Tutore

Firma del Medico

REVOCA DEL CONSENSO

In data ____/____/____, alle ore _____ il/la paziente, Sig./ra _____ manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra accordato.

Il/la Dr/D.ssa _____ prospetta al paziente (e alla persona indicata come di sua fiducia) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: _____

Il/la Dr/D.ssa _____ prospetta al paziente (e alla persona indicata come di sua fiducia) le possibili alternative sintetizzabili come segue: _____

Il/la Dr/D.ssa _____ propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): _____

Il/la Sig./ra _____, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico, pone le seguenti domande: _____

a cui ☐ **Sono state fornite** esaurienti risposte ☐ **NON sono state fornite** esaurienti risposte

alle ore _____ del ____/____/____ il/la Sig./ra _____

☐ **Revoca** il consenso precedentemente accordato

☐ **NON revoca** il consenso precedentemente

Firma del/della Paziente

Firma del Genitore/Tutore

Firma del Medico