

SEZIONE INFORMATIVA

Che cos'è e a cosa serve e perché si fa?

Gentile Signora,

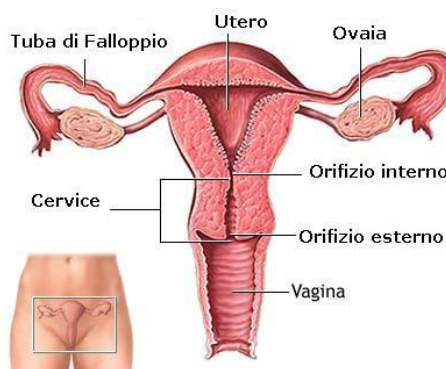
è necessario che Lei sappia che nessun atto medico può essere praticato senza un suo preventivo consenso (Dettato Costituzionale o Codice Deontologico). Soprattutto è previsto che detto consenso Lei lo esprima e lo sottoscriva solo a seguito di un'adeguata e compresa "informazione" sulla diagnosi della malattia, sul tipo di intervento che le si prospetta, sulle modalità esecutive, sulle possibili complicanze, sulle eventuali alternative terapeutiche e sui livelli assistenziali che la nostra struttura di ricovero è in grado di assicurarle a fronte di qualsiasi evenienza. Solo in questo modo Lei potrà maturare la dovuta consapevolezza e liberamente decidere.

In assenza di tali informazioni la sua manifestazione di volontà sarebbe viziata da insufficiente o erronea rappresentazione del fatto al quale Lei presta il Suo consenso e se lo riterrà il Suo diniego.

Ciò premesso la invitiamo a leggere, con calma e attenzione, questo documento che le consegniamo. Precisiamo, inoltre, che nel successivo colloquio con medico del reparto, circostanza in cui si completa e conclude il processo informativo, le sarà fornito ogni ulteriore chiarimento che Lei dovesse richiedere. Solo allora Lei si troverà nella condizione di sottoscrivere, o meno, un consenso giuridicamente valido.

Nel suo caso, l'intervento previsto è per:

- ☐ NEOPLASIA DELL'UTERO
- ☐ NEOPLASIA DELL'OVAIO
- ☐



Una neoplasia o tumore è una massa anormale di tessuto che, se costituita da cellule maligne, cresce in eccesso ed in modo sconsiderato rispetto ai tessuti normali. Queste cellule possono diffondersi anche a distanza dall'organo di origine.

La formulazione di una diagnosi di certezza necessita talvolta di un esame microscopico eseguito sui tessuti patologici durante l'intervento chirurgico.

Nel suo caso tale patologia:

- ☐ NON È COMPLICATA
- ☐ È COMPLICATA da:
 - ☐ OCCLUSIONE INTESTINALE
 - ☐ PERFORAZIONE INTESTINALE
 - ☐ EMORRAGIA

Di seguito riportiamo alcune informazioni riguardanti il significato dell'intervento a cui si sottoporrà, unicamente alle indicazioni, alla tecnica operatoria, al decorso post-operatorio ed alle complicanze e/o agli effetti collaterali che possono conseguire.

L'intervento ha un triplice scopo:

1. Porre una diagnosi esatta per individuare la terapia migliore.
2. Valutare con maggiore precisione possibile l'estensione della patologia (quello che chiamiamo stadiazione chirurgica).
3. Asportare tutto ciò che appare eventualmente interessato dalla malattia (citoriduzione).

In molti casi la diagnosi si può effettuare solo in corso di intervento, con il supporto di un esame istologico estemporaneo (effettuato in corso di intervento chirurgico ed a "risposta rapida"). Pertanto, il proseguo della strategia chirurgica sarà, quindi, conseguente alla valutazione clinica e alla risposta dell'esame istologico che risulterà dall'esame intraoperatorio (N.B. L'esame istologico intraoperatorio e/o estemporaneo permette una diagnosi di natura non definitiva, con accuratezza diagnostica intorno al 92% e variazioni del 75-98% a seconda dell'organo in esame).

Come si esegue? Tecnica chirurgica

L'intervento (eseguito in anestesia generale) verrà eseguito per via:

- ☐ LAPAROTOMICA (attraverso un'ampia incisione addominale, in genere si sceglie un'incisione longitudinale fra la regione pubica e l'ombelico che in caso di necessità viene prolungata sino al processo xifoideo dello sterno)
- ☐ LAPAROSCOPICA (metodica che prevede plurimi piccoli accessi attraverso cui vengono inseriti la telecamera e gli strumenti operatori ed un accesso più ampio per l'asportazione del pezzo operatorio)

L'intervento previsto, in funzione della valutazione intraoperatoria, consisterà in una

- ☐ ISTERECTOMIA ADDOMINALE RADICALE (asportazione dell'utero)
e/o

OVARIECTOMIA (asportazione dell'ovaio) ☐ DESTRA ☐ SINISTRA ☐ BILATERALE
e/o

SALPINGECTOMIA (asportazione della tuba) ☐ DESTRA ☐ SINISTRA ☐ BILATERALI

La cupola vaginale (dove era attaccato l'utero), rimasta aperta dopo l'asportazione dell'utero, viene chiusa con una sutura chirurgica.

Dopo essersi accertati che non ci sono sanguinamenti importanti, bisogna richiudere mediante suture chirurgiche tutti gli strati della parete addominale. Occasionalmente viene inserito per alcuni giorni un drenaggio in cavità addominale per far defluire il secreto delle ferite interne.

Nel prospettare le strategie operatorie dobbiamo ipotizzare due eventualità:

1. Quello di benignità
2. Quello di patologia più complessa, anche di natura neoplastica, sospetta o manifesta

Nella prima eventualità si procederà a semplice escissione della formazione o, se con Lei concordato ad asportazione di utero e ovaie.

Se, invece, dall'esame visivo diretto e dall'esame istologico estemporaneo dovesse risultare una patologia più grave bisognerà effettuare un intervento più radicale.

In caso di patologia tumorale maligna dell'ovaio è indicata l'esecuzione di una appendicectomia, omentectomia, linfadenectomia, biopsia/asportazione di tessuti peritoneali ed asportazione di eventuali altri organi/visceri addominali coinvolti dalla neoplasia con l'intento di raggiungere il livello maggiore possibile di citoriduzione o debulking (eliminazione tessuto tumorale visibile), riparazione di eventuali lesioni iatrogene. Eventuali urostomie\colostomie.

In caso di contemporanea resezione del colon il chirurgo può ricostruire immediatamente la continuità intestinale e talvolta decidere di allestire una stomia temporanea per permettere alla zona ricostruita di guarire con minore rischio di infezione; talora dopo la resezione il chirurgo potrebbe non ritenere opportuno ricostruire la continuità intestinale ed optare per una stomia temporanea o definitiva.

Il tipo di intervento sarà quindi modulato in relazione alla diffusione della malattia osservata in sede intra-operatoria considerando però anche la possibilità che non tutte le procedure chirurgiche proposte vengano effettuate, poiché se pur l'intento è di rimuovere più malattia "possibile", non è sempre possibile rimuovere tutto.

In anestesia generale e prima della incisione chirurgica è possibile dover posizionare, attraverso una cistoscopia, dei cateteri all'interno degli ureteri (stents o cateteri ureterali). La loro rimozione potrà avvenire entro pochi giorni dall'intervento od a distanza di alcune settimane.

In caso di estensione inaspettata della neoplasia la procedura potrebbe essere modificata od interrotta in previsione di un percorso oncologico.

La conferma diagnostica definitiva si avvarrà dell'esame istologico eseguito sui tessuti eventualmente asportati durante l'intervento.

La metodica laparoscopica può rivelarsi non adeguata o inefficace e il chirurgo può necessitare di sospendere la procedura laparoscopica e passare alla chirurgia tradizionale "aperta".

Potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come per esempio milza, vescica, piccolo intestino) in caso di loro interessamento da parte della neoplasia.

Presentandosi la necessità di salvarla da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla Sua persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, 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 in sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

E' possibile che la procedura chirurgica richieda trasfusioni.

Decorso post operatorio

Subito dopo l'intervento chirurgico Lei andrà incontro ad alcuni sintomi e fastidi assolutamente transitori, certamente controllabili e riducibili, ma non del tutto eliminabili:

- Dolore addominale per i primi 2-3 giorni.
- Necessità di catetere in vescica per 24-48 ore.
- Arresto della funzione intestinale ed una ripresa (che chiamiamo CANALIZZAZIONE) entro 2-4 giorni
- Rialzo della temperatura corporea come diretta conseguenza dell'atto chirurgico.
- Perdite ematiche dalla vagina per circa 3-7 giorni che possono perdurare anche per due settimane.

In genere si prevede una degenza post-operatoria di circa 3-6 giorni ed una convalescenza di 20-30 giorni a casa.

Quali sono le conseguenze dopo l'intervento?

Conseguenze dell'asportazione delle ovaie: per le donne già in menopausa non ci sono conseguenze apprezzabili, visto che le ovaie sono già a riposo. Nelle donne giovani l'asportazione delle ovaie comporterà la cessazione della secrezione ormonale e la comparsa dei sintomi legati alla menopausa, come vampate di calore, disturbi del sonno, alterazioni del tono dell'umore, deficit ormonali, progressiva secchezza vaginale ed assottigliamento della mucosa vaginale. In ogni caso, questi disturbi possono essere corretti, qualora indicato, con una adeguata terapia ormonale sostitutiva.

Conseguenze dell'asportazione dell'utero: la prima conseguenza nelle donne non in menopausa sarà la scomparsa immediata delle mestruazioni e l'impossibilità di avere delle gravidanze, con possibili sintomi depressivi che potranno essere più importanti in donne già ansiose e depresse. Non ci sono conseguenze dirette sulla funzionalità sessuale; è tuttavia opportuno segnalare che ci sono casi di modificazioni della percezione del piacere sessuale sia nel senso di un aumento che di una diminuzione.

Quali possono essere i rischi e le complicanze?

La procedura chirurgica non è esente da rischi. Alcuni rischi sono possibili in tutti gli interventi chirurgici e vengono definiti rischi generici impliciti: ad esempio, a causa della posizione sul tavolo operatorio durante l'intervento, posso verificarsi danni da **compressione a nervi o parti molli** con conseguenti **disturbi della sensibilità** e, raramente, **paralisi agli arti (<1%)**, nonché danni cutanei o di altri tessuti causati dall'elettricità, da calore (materassini riscaldabili) e/o disinfettanti che, di solito, si risolvono da soli e senza esiti, anche se, raramente può accadere che non si raggiunga una completa guarigione della funzione nervosa o possano restare cicatrici permanenti. Se durante l'intervento devono essere incisi nervi cutanei, non si possono evitare conseguenti disturbi della sensibilità nella zona delle cicatrici. Generalmente tali disturbi scompaiono da soli con il tempo. In caso di **disturbi alla guarigione della ferita** si possono avere infezioni febbrili e molto raramente un'infezione diffusa del sangue (sepsi). In caso di apertura della ferita chirurgica, in conseguenza di un difetto della cicatrizzazione, può rendersi necessario un nuovo intervento chirurgico. Altri rischi sono comuni a qualsiasi intervento chirurgico in cui si **apra la cavità addominale**. Essi aumentano in alcune condizioni preoperatorie, come l'obesità, l'aver già effettuato in passato altri interventi chirurgici addominali, la presenza di particolari patologie, a volte misconosciute, riguardanti organi addominali (endometriosi, processi infiammatori o suppurativi, ecc.) o patologie sistemiche (diabete, ipertensione arteriosa, uso di farmaci anticoagulanti o antitrombotici, ecc.)

Le più frequenti complicanze sono:

Complicanze di ordine generale

1. L'intervento può complicarsi con una **infezione** che richiede una terapia antibiotica ed anche ulteriori trattamenti.
2. Si può verificare una perdita di sangue maggiore del previsto, che può comportare un certo grado di **anemia** o astenia (stanchezza), associata ad episodi di lipotimia (giramento di testa), soprattutto quando ci si alza in piedi. Solo raramente (1.5%) ed in caso di effettiva necessità potrà essere effettuata una trasfusione di sangue.
3. Si può verificare un **sanguinamento**, possibilità non sempre prevedibile dovuta alla rottura o slargamento dei nodi emostatici o alla caduta di escara (crosticina) che si formano quando si usa la corrente elettrica per cauterizzare i vasi sanguigni, il cui controllo può necessitare il ritorno in sala operatoria **oltreché di emotrasfusioni**.
4. Il rischio di sanguinamento è più elevato se sono stati assunti farmaci che interferiscono con la coagulazione (es. *Coumadin, Warfarin, Cardioaspirina, Aspirinetta, Cardirene, Plavix, Tiklid* ed altri ancora).
5. Piccole aree del polmone possono collassarsi (**atelettasia**) esponendo al rischio di infezione polmonare (**polmonite**). Ciò richiede trattamento antibiotico e fisioterapia.
6. **Eventi acuti cardiaci e/o cerebrali** possono verificarsi per sollecitazione importante del cuore (es. infarto del cuore, scompenso cardiaco, fibrillazione, ictus cerebrale).
7. Il sangue può formare coaguli nelle vene degli arti inferiori causando dolore e gonfiore (**trombosi venosa profonda**). In casi rari il coagulo si può staccare dalla vena e raggiungere il polmone dove può causare **embolia polmonare**. Il forzato riposo a letto (cerchi di muovere piedi e gambe con una certa frequenza sotto il controllo del personale medico e paramedico, cerchi di alzarsi il prima possibile), la patologia di base e l'intervento stesso possono favorire la presenza di trombosi e tromboflebiti nello 0.4% dei casi; sappia comunque che rispetto al suddetto, remoto rischio, Le sarà praticata, come da protocollo, un'adeguata terapia farmacologica preventiva.
8. Nelle persone **obese** è aumentato il rischio di infezione delle ferite chirurgiche, di infezioni polmonari, di complicanze cardiache e respiratorie, e di trombosi venosa.
9. Eccezionalmente è possibile il **decesso** come esito della procedura, il rischio stimato è, come per tutti gli interventi chirurgici di 1 su 4.000.

Complicanze specifiche dell'intervento

1. In corso di procedura possono essere danneggiati grossi vasi dell'addome con **emorragia** importante.
2. Anche l'intestino può essere danneggiato esponendo al rischio di **peritonite**.
3. Raramente il gas insufflato nell'addome può essere causa di **problemi al cuore** o dai **polmoni** (si può accumulare all'interno dei grossi vasi del gas che può ostacolare la circolazione del sangue nel cuore e nel polmone).
4. Si può verificare la diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o nel torace (**enfisema sottocutaneo o mediastinico**)
5. Si può avere un **sanguinamento postoperatorio** importante in cavità addominale. Ciò può richiedere trasfusioni e nuovo intervento chirurgico
6. **Infezioni** a livello del sito chirurgico, della pelvi e delle vie urinarie con necessità di trattamento antibiotico e di eventuali procedure invasive (drenaggio percutaneo) o chirurgiche (0.2%)
7. **Lesioni accidentali** di altri organi come gli **ureteri** (tubicini che collegano i reni alla vescica) e la **vescica** o necessità di doverne asportare una parte o comunque ledere l'integrità delle vie urinarie (1.3%). **Lesioni accidentali dell'intestino** (tenue e colon-retto) (0.04%). In tal caso si rendono necessarie ulteriori procedure chirurgiche per riparare le lesioni (0.6%). Per lesioni della vescica può essere necessario mantenere a lungo il catetere vescicale, mentre per lesioni ureterali uno stent (tubicino) può essere mantenuto/inserito negli ureteri attraverso la cistoscopia/cistotomia con rimozione dopo alcune settimane. Le lesioni intestinali possono richiedere resezione dell'intestino con/senza una stomia addominale (ano preter-naturale provvisorio o definitivo con circa 1 caso su 5.000) . In caso di lesioni renali il rene danneggiato può essere rimosso chirurgicamente.
8. Una comunicazione patologica (**fistola**) può prodursi tra vescica e vagina o tra vescica e peritoneo o tra vescica ed intestino o ureterovaginali (<1%). Si possono avere stenosi (restringimenti) ureterali (<1%). La riparazione della fistola può richiedere ulteriori interventi chirurgici, anche complessi.
9. Dopo l'intervento l'intestino va incontro ad una paralisi temporanea. Come effetto di questa condizione può aversi **distensione dell'addome e vomito**. Il vomito può necessitare di essere controllato mediante mantenimento o posizionamento di un sondino che dal naso viene collocato nello stomaco (sondino naso-gastrico). Si tratta in genere di un fenomeno temporaneo. In caso di non risoluzione con terapia medica si può rendere necessario intervento chirurgico anche con allestimento di uno stoma addominale.
10. E' possibile che l'intervento porti alla formazione di **aderenze peritoneali** e che queste possano causare episodi di occlusione intestinale; in una percentuale dello 0.5-1% può rendersi necessario un secondo intervento chirurgico per sbrigliare le anse dalle aderenze.
11. Le ferite cutanee possono riparare in maniera anomala, e la cicatrice può ispessirsi ed arrossarsi (**cheloide**), questo può dipendere dalla esagerata reattività dei tessuti. Possono riscontrarsi anche deiscenze della ferita della fascia muscolare (laparoceli) con formazione di ernia addominale; in questi casi può essere necessario sottoporsi nel tempo ad un nuovo intervento chirurgico.
12. Se entrambe le ovaie sono rimosse in età fertile , si manifesta la comparsa dei segni e sintomi della **menopausa** con il rischio di **osteoporosi** per cui potrà rendersi necessaria terapia ormonale sostitutiva.
13. L'asportazione dell'utero in età fertile impedirà di avere il **ciclo mestruale** ed un'eventuale **gravidanza** ed a lungotermine potrebbe portare ad un prolasso del fondo vaginale.
14. Variazioni nella **funzione intestinale** e nello svuotamento della **vescica**, specialmente dopo isterectomia.
15. La linfadenectomia dei linfonodi della pelvi e dell'addome potrebbe comportare che la linfa proveniente dai vasi linfatici degli arti inferiori si raccolga nel tessuto cellulare lasso e nel sottocute, determinando la comparsa di gonfiore (**linfedema**) oppure in altri casi, la linfa può formare delle cisti del tutto benigne, definite "**linfoceli**", che possono riassorbirsi spontaneamente od essere aspirate se sintomatiche.
16. Sensazione di **depressione e/o ansietà** specialmente dopo isterectomia.
17. Dopo l'esecuzione di una cucitura dell'intestino (anastomosi) si può verificare una **deiscenza**(*cedimento e apertura*) nella zona dove i due tratti di intestino sono stati ricuciti insieme. Questo evento può necessitare un reintervento chirurgico per impedire che il contenuto dell'intestino, notoriamente infetto, si spanda in cavità addominale. Il rischio di complicazioni anastomotiche è molto maggiore quando l'intervento venga condotto in condizioni d'urgenza. Talvolta il Chirurgo per limitare gli effetti della deiscenza preferisce allestire a monte della ricostruzione intestinale una **stomia** (*vedi più avanti i problemi relativi alle stomie*) cioè porta all'esterno dell'addome un tratto di intestino in modo che le feci vengano ad essere raccolte fuori dall'addome e non vadano a transitare attraverso la parte ricostruita; la stomia sarà

- poi chiusa chirurgicamente in un secondo tempo, quando la parte intestinale ricostruita darà garanzie di guarigione.
18. Le ferite chirurgiche possono **infettarsi**. In tal caso è necessario riprendere/mantenere la terapia antibiotica e riaprire le ferite per allontanare l'infezione. La ferita laparotomica può complicarsi anche con la **rottura dei piani di sutura** che comporta la fuoriuscita dei visceri. Anche in questo caso si rende necessaria la riparazione chirurgica.
19. Lo **stoma** può a sua volta presentare i seguenti problemi:
- Il sangue può raggiungere con difficoltà **lo stoma** che diventa **ischemico**: si rende quindi necessario un intervento chirurgico specifico
 - Vi può essere una **dispersione di liquidi** dallo stoma
 - Lo stoma può **prolassare**, cioè protrudere anche vistosamente rispetto al piano della cute addominale oppure **può retrarsi** dentro la parete addominale per cedimento dei punti di sutura. In entrambi i casi può rendersi necessario un reintervento chirurgico.
 - Si può creare una ernia attorno allo stoma (**ernia parastomale**)
 - La **cute** circostante allo stoma può essere **irritata** dai fluidi e dal materiale utilizzato per applicare le sacche di raccolta.
20. Un cedimento a livello di una ferita chirurgica può determinare lo sviluppo di una **ernia sulla incisione chirurgica**.

L'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla /e malattia /e associata /e e dagli stili di vita:

.....

...

Altre complicanze e/o sequele potrebbero essere rappresentate da:

.....

...

Quanto tempo ci vuole per tornare "come prima"?

Il periodo medio in ospedale va dai 3 ai 10 giorni. Il tempo medio di convalescenza varia da 2 alle 8 settimane. Durante questo periodo si consiglia di astenersi:

- Eseguire lavori domestici
- Praticare attività fisica in palestra
- Nuotare e andare in bicicletta
- Avere rapporti sessuali

Quali sono le conseguenze della mancata sottoposizione all'intervento consigliato?

La mancata asportazione del tumore può determinare occlusione intestinale, perforazione, sanguinamento, diffusione della patologia tumorale ad organi addominali e a distanza fino al decesso.

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome)	(cognome)
Nato/a il	residente a
Se necessario Legale rappresentante di	nato/a il

dichiaro di:

- ☐ aver letto la sezione informativa,
- ☐ aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
- ☐ aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità, i benefici, le eventuali alternative e gli eventuali rischi dell'intervento,
- ☐ essere stato informato delle conseguenze negative per la salute a cui mi esporrei non sottoponendomi all'intervento consigliatomi e pertanto acconsento a sottopormi ad esso
- ☐ essere stato informato che in ogni momento posso revocare il mio consenso.
- ☐ Il paziente è stato altresì informato che, in questo Istituto, non è presente una UTIC (unità di terapia intensiva coronarica) e pertanto, in caso di tale necessità, potrebbe essere necessario il trasferimento in altra struttura.

inoltre:

☐ Autorizzo ☐ Non Autorizzo

i sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.

☐ Autorizzo ☐ Non Autorizzo

l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

☐ Autorizzo ☐ Non Autorizzo

che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche possano essere eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste restando nell'esclusiva disponibilità dell'Ente, vengano utilizzate in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge sulla privacy.

☐ 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"

Data e firma del paziente o del legale rappresentante (In caso di paziente minorenni devono firmare entrambi i genitori.)

.....

Data, firma e timbro del medico

.....

SEZIONE DA COMPILARE **SOLO IN CASO DI DISSENSO**

Io sottoscritto/a (nome)	(cognome)
Nato/a il	residente a
Se necessario Legale rappresentante di	nato/a il

dichiaro di:

- ☐ aver letto la sezione informativa,
- ☐ aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
- ☐ aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità, i benefici, le eventuali alternative e gli eventuali rischi di questo intervento e le complicità che ne possono derivare,
- ☐ essere stato informato delle conseguenze a cui mi esporrei non sottoponendomi all'intervento consigliatomi e pertanto **NON acconsento a sottopormi ad esso. Dichiaro infatti espressamente e consapevolmente di non volere accettare il rischio delle conseguenze negative sulla mia salute che ne potrebbero derivare, preferendo invece espormi al rischio delle conseguenze comunque negative derivanti dalla mancata effettuazione del trattamento sanitario consigliatomi,**
- ☐ essere stato informato che in ogni momento posso revocare il dissenso.

Data e firma del paziente o del legale rappresentante (In caso di paziente minorenni devono firmare entrambi i genitori.)

.....

Data, firma e timbro del medico

.....