



## INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

### CONSENSO INFORMATO

#### BENDERELLA SOTTOURETRALE RETRO-PUBICA (TVT) O TRANS-OTTURATORIA (TOT)

Alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ il quale dichiara

- di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato
- rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni \_\_\_\_\_
- indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece: \_\_\_\_\_
- essere stata informata in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_

della patologia di cui sono affetta, ovvero **incontinenza urinaria**, delle possibili alternative terapeutiche e dell'intervento chirurgico proposto: **TVT (benderella sottouretrale retro-pubica) o TOT (benderella sottouretrale trans-otturatoria)**.

L'intervento proposto consiste nell'applicare una benderella di materiale sintetico sotto l'uretra mediante l'uso di appositi aghi (vedi figura sul retro di questo foglio) per evitare che durante uno sforzo l'uretra scenda verso l'esterno e questo provochi la perdita di urina.

Nella maggior parte dei casi l'intervento si esegue in anestesia loco-regionale (peridurale o spinale). Prevede una piccola incisione vaginale e qualche volta due piccolissime incisioni sulla cute che possono essere sopra il pube se si esegue la TVT, o all'interno delle cosce nella TOT. L'intervento ha lo scopo di correggere l'incontinenza urinaria da sforzo.

Al termine dell'intervento verrà applicato un catetere vescicale e una piccola garza in vagina che vengono tolti generalmente entro le 24 ore. Verrà eseguita una terapia antibiotica prima e per qualche giorno dopo l'intervento.

Le possibili **complicanze** di questo intervento sono poco frequenti e sono rappresentate da: lesioni vescicali (risolvibili con il mantenimento del catetere per qualche giorno); ritenzione urinaria, cioè la difficoltà a urinare dopo la rimozione del catetere, che può necessitare di un periodo di autocateterismi (la paziente può imparare a eseguirli da sola anche a domicilio e in casi rari può essere necessario applicare temporaneamente un catetere sopra il pube); emorragia ed ematomi perivescicali e/o paravaginali; infezione urinaria; infezione e/o rigetto della benderella (in qualche caso può essere sufficiente rimuovere solo una parte della rete per via vaginale, nei casi più gravi può essere necessario rimuoverla completamente); urgenza minzionale e talora anche incontinenza urinaria da urgenza (possibile nell'immediato post-operatorio, che in genere tende a migliorare soprattutto con l'aiuto di farmaci adeguati).

I risultati di questo intervento sull'incontinenza variano tra il 75 e il 90% dei casi tra miglioramenti e risoluzione completa. Tutto questo dipende dal tipo e dal grado di incontinenza pre-operatoria. È inoltre importante seguire scrupolosamente i consigli che verranno dati per quanto riguarda la convalescenza post-operatoria, che prevede un periodo di riposo evitando gli sforzi, per almeno 30-45 giorni, al fine di garantire il risultato dell'intervento e un'astensione dai rapporti per circa 30 giorni.

Io sottoscritta.....nata a ..... il .....  
dichiaro di essere stata informata in modo esauriente relativamente alla diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche, eventuali alternative e alle prevedibili conseguenze delle scelte operate e di aver avuto la possibilità di porre domande in merito. A tutti i quesiti da me posti sono state date risposte complete ed esaurienti.

Non avendo necessità di ulteriori informazioni dichiaro di sottopormi volontariamente al trattamento e autorizzo pertanto i sanitari dell'Urologia a eseguire su di me i procedimenti terapeutici concordati.

---

---

---

---

---

---

---

---



TVT



TOT

*Il/La paziente è stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera*

---

---

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore \_\_\_\_\_

**Dichiara** 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.

**Dichiara** 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 esserlo stato

**Dichiara**, altresì, di

avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto  
 non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti  
 di porre le seguenti domande:

---

---

a cui  viene fornita esauriente risposta  NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

**Acconsente**  **Non acconsente**  al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

**Autorizza**  **Non autorizza**  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.

**Autorizza**  **Non autorizza**  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, **Acconsente**  **Non acconsente**  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 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 Medico

Firma del/della paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## REVOCA del Consenso

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico \_\_\_\_\_ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: \_\_\_\_\_

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: \_\_\_\_\_

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): \_\_\_\_\_

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: \_\_\_\_\_

a cui  viene fornita esauriente risposta  NON viene fornita esauriente risposta

alle ore \_\_\_\_\_

il paziente

Revoca il consenso precedentemente manifestato

NON lo revoca

Firma Paziente \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_