	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato "Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale"	INF.DCH.13	0	1 di 10

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE SUL TRATTAMENTO DEGLI ANEURISMI DELL'AORTA TORACO- ADDOMINALE

Gentile Sig.ra/Sig. _____, Lei è affetta/o da

ANEURISMA DELL' AORTA TORACO-ADDOMINALE

Le informazioni contenute in questo modulo sono complementari a quelle fornite al momento della visita chirurgica. Possono aiutarla a comprendere meglio la natura della patologia di cui Lei è affetta/o e le Sue possibili modalità di trattamento. La preghiamo di leggere con attenzione quanto riportato, sperando sia comprensibile ed esaustivo anche per i non esperti in materia e di chiedere eventuali spiegazioni al Suo medico di riferimento prima e durante la Sua degenza.

GLOSSARIO DELLE PAROLE TECNICHE

Aterosclerosi: processo degenerativo dell'arteria che porta alla formazione della placca stenosante.

ECD (EcoColor-Doppler): esame diagnostico di primo livello necessario alla diagnosi.

TC (Tomografia Computerizzata): esame diagnostico di secondo livello necessario alla diagnosi.

RM: (Risonanza Magnetica) esame diagnostico di secondo livello necessario alla diagnosi.

EVAR (Endovascular Abdominal Aorticaneurysm Repair): tecnica chirurgica mininvasiva per il trattamento dell'aneurisma dell'aorta addominale. Quando coinvolge l'emergenza delle arterie viscerali, si definisce b-EVAR (branched) e f-EVAR (fenestrated), a seconda del tipo di protesi utilizzata.

Endoleak: rifornimento di sangue nella sacca aneurismatica, con persistenza del rischio di rottura in base alla tipologia ed entità.

Dacron, PTFE: materiale sintetico che costituisce la protesi vascolare.


Homograff: materiale omologo, autologo che costituisce la protesi vascolare.

CHE COSA È.

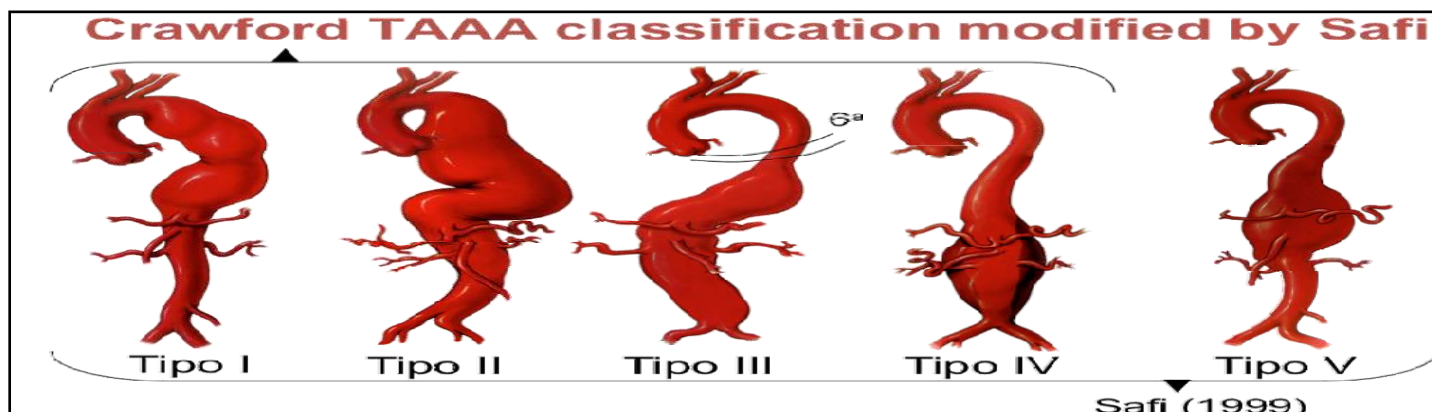
L'aneurisma è una dilatazione permanente che può interessare tutte le arterie dell'organismo ma, più frequentemente, nell'ordine: l'aorta, le arterie iliache (grandi arterie localizzate a livello addominale) e le arterie poplitee e femorali (arterie di medio calibro localizzate a livello degli arti inferiori).

Nel Suo caso coinvolge l'aorta nella sua porzione all'interno del torace e nell'addome.

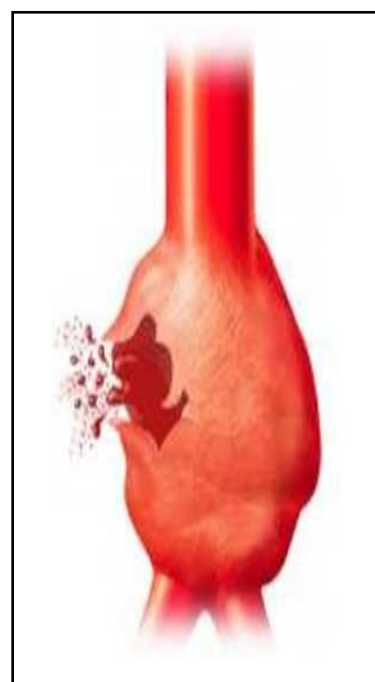
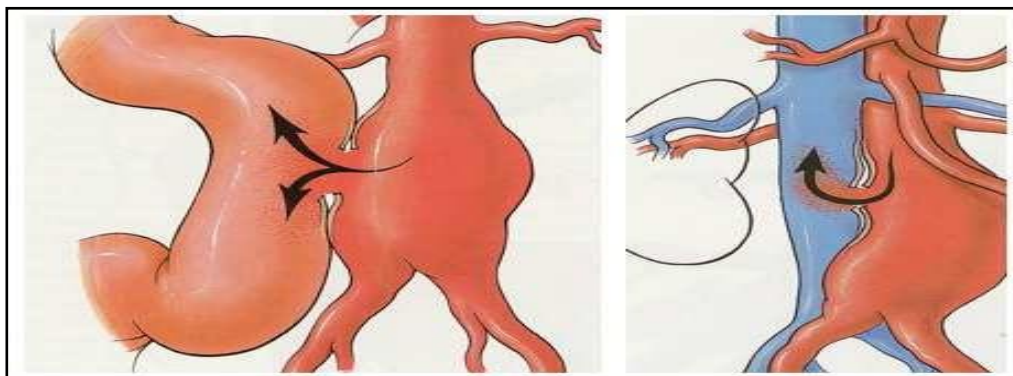
Ne è colpito il 3-6% della popolazione di età superiore a 65 anni ed è più frequente nel sesso maschile. La causa più frequente di aneurisma è l'aterosclerosi, della quale i principali fattori di rischio sono: ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, diabete mellito e fumo di sigaretta. Nel caso specifico, lo sviluppo di aneurisma toraco-addominale può avere più frequentemente rispetto alle altre localizzazioni sopra descritte, un carattere ereditario (sindrome di Marfan, Ehlers Danlos e Loeys Diez). In una ridotta percentuale di casi, può essere dovuto ad infezione o trauma. A seconda della localizzazione, un aneurisma toraco-addominale può essere classificato in 5 tipi caratteristici (figura a lato).

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato "Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale"	INF.DCH.13	0	2 di 10

La malattia aterosclerotica associata spesso all'ipertensione provoca un indebolimento della parete arteriosa che va incontro a dilatazione con progressivo aumento del suo diametro ad associato rischio di rottura.



La rottura di un aneurisma è un evento drammatico che comporta, in un'elevata percentuale di casi (50-80%), la morte del paziente nonostante intervento chirurgico eseguito in urgenza. Per queste motivazioni è raccomandato provvedere alla correzione dell'aneurisma prima della rottura. All'interno dell'aneurisma possono formarsi trombi che, staccandosi, trascinati dalla corrente sanguigna, occludono i vasi più piccoli (embolia). Complicanza rara è la "fistolizzazione" rottura in visceri dell'apparato digerente (ad esempio intestino o esofago) o con le vie aeree superiori; tali complicanze sono gravate da ancora più elevata mortalità.




INDICAZIONI AL TRATTAMENTO.

La diagnosi di aneurisma toraco-addominale è nel 75% dei casi casuale e può avvenire mediante visita medica (rilievo di massa pulsante addominale o raramente toracica) o mediante indagini diagnostiche eseguite per altri motivi (ad esempio ecografia, radiografia, TC).

Premettendo che la riparazione sia l'unica valida strategia per prevenire la rottura, attualmente l'indicazione al trattamento si pone in elezione per:

- aneurismi dell'aorta toraco-addominale di diametro pari o superiore a 60 mm;
- per aneurismi aorta toraco-addominale soggetti a rapida crescita (maggiore di 1cm l'anno);
- tutti gli aneurismi sintomatici (dolore, sintomi da embolizzazione periferica, difficoltà alla deglutizione, alla respirazione);
- tutti gli aneurismi fissurati/rotti. In questo caso specifico, il trattamento sarà d'urgenza-emergenza.

L'indicazione al trattamento necessita inoltre di una valutazione del rapporto rischio/beneficio, considerando l'età e lo stato generale del paziente; questa decisione coinvolge, non solo il chirurgo, ma anche altre figure professionali come l'anestesista.

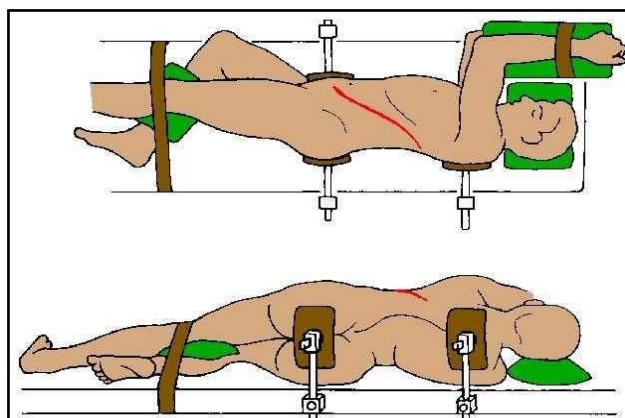
	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato "Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale"	INF.DCH.13	0	3 di 10



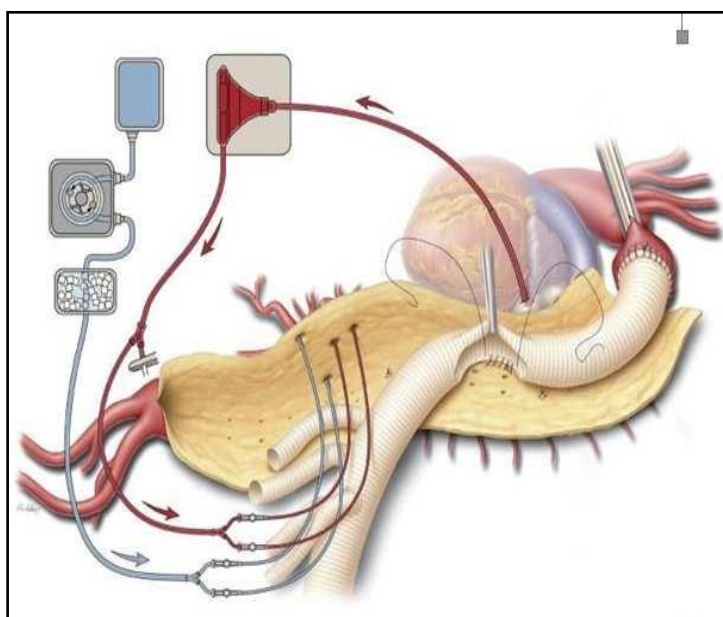
TIPOLOGIE DI TRATTAMENTI.


Intervento chirurgico tradizionale.

Per l'esecuzione di questo intervento è necessario praticare un'incisione toraco-addominale (toracofreno-laparotomia) che, talvolta, negli aneurismi più distali (tipo IV) può essere ridotta ad un taglio sul fianco sinistro (accesso lombotomico). L'intervento successivamente consiste nella sostituzione del tratto di aorta dilatato con una protesi di materiale sintetico (Dacron o PTFE) o materiale omologo nel caso di infezione accertata (Homograft), che è interposta e cucita a monte e a valle.



Al fine di ridurre i tempi di ischemia, in questo tipo di intervento possono essere utilizzati vari tipi di ausili tecnici, in base anche all'estensione dell'aneurisma: nei più estesi (ad esempio tipo II), sarà utile impiantare un bypass cardiaco sinistro o un bypass aortico che permetta la perfusione mediante cateteri a palloncino delle arterie viscerali (tronco celiaco e arteria mesenterica superiore). Per salvaguardare la perfusione midollare si può utilizzare un catetere per il drenaggio midollare e il reimpianto delle arterie intercostali e lombari sulla protesi mediante sutura di una asola sulla protesi, alla parete aortica (patch di Carrel). Infine per salvaguardare la funzione renale, si utilizzerà la perfusione renale fredda con cristalloidi. Condizioni patologiche riscontrate o insorte intraoperatoriamente possono condurre a variazioni del programma operatorio proposto.

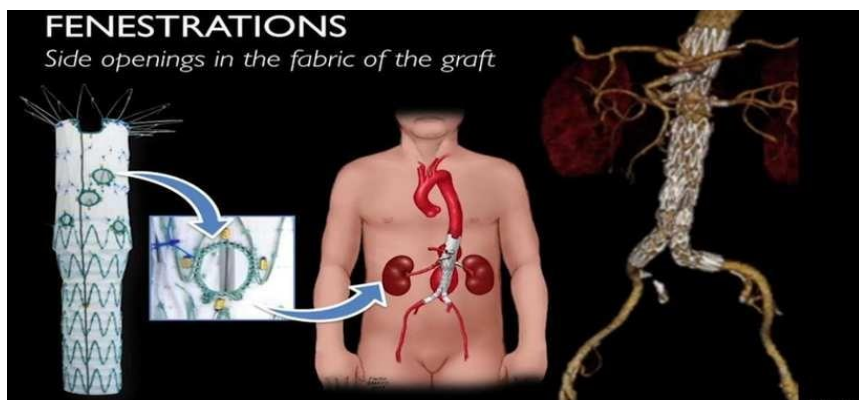
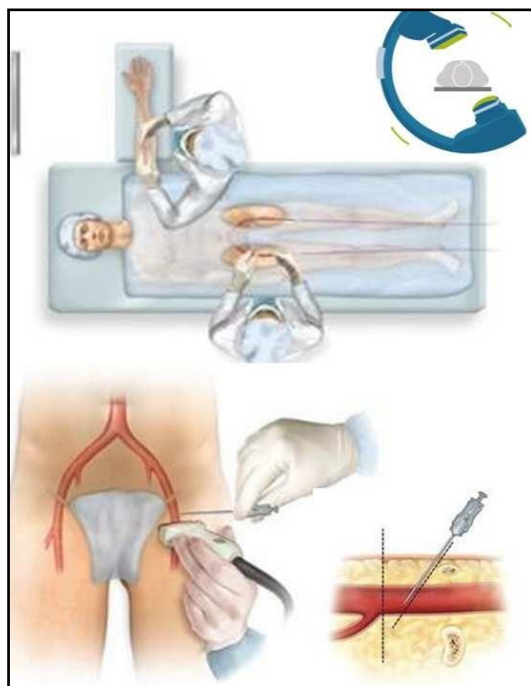


	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato "Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale"	INF.DCH.13	0	4 di 10

Nella figura sottostante, un esempio di intervento chirurgico tradizionale con uso della circolazione extracorporea che consente la perfusione degli organi addominali durante l'intervento.

Trattamento endovascolare.

Avviene attraverso il posizionamento sotto controllo di apparecchiature radiologiche di un'endoprotesi (protesi costituita da uno scheletro metallico con un rivestimento di materiale sintetico) all'interno dell'aorta. L'endoprotesi è introdotta, previa somministrazione di una sostanza radiopaca chiamata mezzo di contrasto (angiografia), attraverso le arterie femorali o le arterie iliache, mediante piccoli tagli, rispettivamente all'inguine o nella parte bassa dell'addome, talvolta anche dagli arti superiori. Talvolta la procedura può essere eseguita con i soli accessi percutanei (senza tagli della cute). Grazie alla sua minore invasività ha permesso di ridurre ulteriormente il rischio operatorio e ha consentito di estendere la correzione dell'aneurisma anche nei casi complicati da grave patologia cardiaca o respiratoria. Purtroppo, la complessità anatomica di queste forme aneurismatiche consente poche volte di utilizzare endoprotesi già presenti sul mercato (*of the shelf*), ma necessita di complesse misurazioni per richiedere alle case costruttrici una protesi disegnata specificatamente per il singolo paziente (*custom made*). Questo comporta un'attesa di anche 1 mese per la produzione della protesi e quindi per l'intervento.




La scelta della tecnica operatoria per il paziente si baserà quindi sulla valutazione dei fattori prima menzionati quali: l'età, lo stato generale del paziente e le caratteristiche anatomiche dell'aneurisma stesso.

Qualora il paziente potesse usufruire di entrambe le tecniche chirurgiche sarà lui stesso, con l'ausilio del clinico, a scegliere la metodica.

RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE.

I soggetti maggiormente a rischio per l'insorgenza di complicanze sono i pazienti obesi, fumatori, ipertesi, diabetici, cardiopatici, vasculopatici o immunodepressi. Condizioni patologiche riscontrate o insorte intraoperatoriamente possono condurre a variazioni del programma operatorio proposto. Nonostante l'intervento venga eseguito nel pieno rispetto e conoscenza delle strategie e tecniche chirurgiche più attuali e nell'osservanza delle attuali linee guida, possono verificarsi molteplici complicanze distinguibili in precoci e tardive.

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato " Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale "	INF.DCH.13	0	5 di 10

Complicanze immediate (intraoperatorie/post-operatorie).


Tipiche del trattamento chirurgico tradizionale.

- **Emorragia:** può verificarsi durante l'intervento o subito dopo e può essere più o meno grave. Frequentemente comporta la necessità di emotrasfusione (con i rischi ad essa connessi) ed a volte di reintervento. Le ripetute trasfusioni possono determinare: danni polmonari e/o renali, talvolta irreversibili.
- **Shock** da declampaggio aortico, talora spiccato e tale da provocare la morte del paziente.
- **Embolia o trombosi e danno ischemico da clampaggio dell'albero arterioso periferico o della protesi** tale complicanza può determinare quadri che vanno dall'ischemia intestinale, ischemia renale, ischemia midollare, ischemia polmonare e richiedono interventi chirurgici aggiuntivi con lo scopo di ripristinare la normale circolazione agli organi colpiti o, qualora non fosse possibile, la loro asportazione.
- **Complicanze gastrointestinali** infarto intestinale, complicanza ad altissimo rischio di mortalità che può necessitare della resezione di un tratto, più o meno esteso, di intestino e, in alcuni casi, l'esecuzione di una colostomia (ano artificiale), talvolta definitiva; occlusione intestinale: dovuta a paralisi protratta dell'intestino, a torsioni o a briglie aderenziali le quali possono necessitare di un intervento chirurgico urgente.
- **Paraparesi o paraplegia** è una conseguenza piuttosto frequente che comporta paralisi degli arti inferiori e degli sfinteri, dovute alla necessità di sacrificare arterie midollari con anomalie anatomiche di origine e decorso. La probabilità che essa accada è direttamente proporzionale all'estensione dell'aneurisma e va da un massimo di 8% nel tipo II a un minimo di 2% nel tipo IV.
- **Complicanze respiratorie** atelettasia, polmonite, versamento pleurico che possono richiedere tracheotomia e/o trattamenti medici intensivi.
- **Complicanze cardiache** improvvisi ed imprevedibili aritmie, arresti cardiocircolatori, angina o infarto del miocardio che, in alcuni casi, possono provocare la morte del paziente.
- **Insufficienza renale acuta** che può comportare la necessità di una dialisi transitoria o permanente
- **MOF** è una grave, talvolta mortale, insufficienza di più organi insieme (fegato, rene, polmone, cuore).
- **Ischemia cerebrale transitoria/Ictus.**
- **Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare.**
- **Insufficienza organi viscerali** danno degli ureteri che può richiedere un posizionamento di un J-stent o una correzione chirurgica; Insufficienza epatica, colecistite acuta o pancreatite acuta.
- **Disturbi della funzione sessuale** eiaculazione retrograda, impotenza erettile. È una complicanza frequente ma non mortale che incide sulla qualità di vita. Tale disturbo può essere permanente ed è legato ai rami del sistema nervoso simpatico che decorrono lungo l'aorta i quali devono essere sezionati per garantire un'adeguata esposizione dell'arteria.
- **Deiscenze, sepsi e raccolte ematiche o linfatiche in sede di ferite chirurgiche** non sempre regrediscono con adeguato trattamento medico e/o chirurgico.
- **Raccolte o versamenti all'interno della cavità addominale**, ad esempio chilo peritoneo.
- **Lesioni nervose** disturbi respiratori per lesione del nervo frenico; nausea, acidità di stomaco, vertigini, giramenti di testa, rossori in viso, tachicardia, dolore e rigidità del collo, mal di testa, pallore, sudorazione fredda, salivazione ridotta, vomito per lesione del nervo vago.
- **Morte** a 30 giorni 7%; a lungo termine 12%. Nelle casistiche internazionali il rischio di mortalità per l'intervento chirurgico tradizionale è intorno al 5-10% e il rischio individuale varia in base al grado di funzionalità degli organi vitali, come cuore, reni e polmoni, la cui compromissione aumenta il rischio di complicanze post-operatorie e quindi di mortalità.

Tipiche del trattamento endovascolare.

Impossibilità a completare la procedura per vari motivi:

- **Impossibilità a procedere con il sistema di rilascio protesico** fino alla zona del posizionamento (per calcificazioni o tortuosità delle arterie di accesso, rottura delle arterie di accesso o dell'aorta stessa).
- **Dislocazione della protesi.**

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato " Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale "	INF.DCH.13	0	6 di 10

- **Mal posizionamento della protesi** con rischio di occludere importanti arterie come le renali, succlavia e mesenterica superiore.
- **Distacco di trombi** con eventuali embolie periferiche.
- **Impossibilità a rilasciare tutti i componenti della protesi.**


In tutti questi casi, ove non è possibile procedere alla correzione con metodiche endovascolari, si deve procedere a conversione con intervento chirurgico tradizionale (con i rischi sopracitati).

- **Endoleak:** rifornimento di sangue nella sacca aneurismatica, con persistenza del rischio di rottura in base alla tipologia ed entità.
 - **Tipo I:** insufficiente adesione della protesi alla parete aortica (limite superiore o inferiore). Tale evenienza deve essere corretta per via endovascolare o, qualora non fosse possibile, con la conversione chirurgica.
 - **Tipo II:** inversione del flusso di un'arteria (intercostale, lombare o mesenterica inferiore) che, originando dalla sacca aneurismatica, rifornisce l'aneurisma. Solitamente tende a regredire spontaneamente con il tempo, in caso contrario e con aumento del diametro della sacca aneurismatica residua >5mm, è indicata correzione per via endovascolare o con la conversione chirurgica.
 - **Tipo III:** imperfetto posizionamento dei componenti che costituiscono l'endoprotesi (corpo principale- estensione iliaca, oppure corpo principale-stent di arteria viscerale).
 - **Tipo IV:** porosità del tessuto protesico che non rende impermeabile la protesi. Tipo V: da una causa non definita.
- **Occlusione di una o di entrambe le arterie ipogastriche e succlavia:** può causare dolore gluteo alla marcia (claudicatio), disfunzione erettile, infarto intestinale, necrosi perineale la prima; claudicatio arto superiore, ischemia arto superiore, ischemia midollare la seconda.
- **Ischemia colica** (vedi complicanze intervento chirurgico tradizionale).
- **Emorragia:** durante l'intervento o subito dopo, vedi complicanze intervento chirurgico tradizionale.
- **Tossicità o reazioni allergiche impreviste al mezzo di contrasto utilizzato:** possono determinare danni alla funzione renale o reazioni allergiche di varia gravità (dall'eritema cutaneo fino allo shock anafilattico).
- **Paraplegia e paraparesi:** vedi complicanze intervento chirurgico tradizionale.
- **Dissecazione causata da materiali endovascolari.**
- **Morte:** anche in questo caso la mortalità si attesta su percentuali molto simili a quelle dell'intervento chirurgico tradizionale.

Complicanze tardive (anche a distanza di anni).

Tipiche del trattamento chirurgico tradizionale.

- **Infezione protesica** evento raro, ma particolarmente grave. Si può manifestare a distanza di anni e può essere legato a infezioni anche banali (dell'apparato respiratorio, urinario o del cavo orale) e contratte successivamente rispetto all'intervento chirurgico. Tale evenienza frequentemente comporta un nuovo intervento chirurgico di sostituzione della protesi con materiale sintetico analogo o con materiale biologico (vene o arterie, spesso prelevate da cadavere) o l'interruzione della continuità arteriosa e confezionamento di un bypass extra- anatomico.
- Talvolta possono formarsi delle **fistole**, ovvero delle comunicazioni tra protesi e strutture circostanti (esofago, duodeno, vena cava), che possono provocare emorragie, che necessitano di un intervento chirurgico immediato o stati infettivi anche mortali.
- **Pseudoaneurismi** dilatazioni dell'aorta o di altre arterie sulle quali è stata suturata (cucita) la protesi o distacco della protesi dalle arterie su cui è stata suturata. In tali situazioni può essere necessario il posizionamento di un componente endoprotesico oppure la sostituzione di parte o di tutta la protesi precedentemente impiantata con altro materiale sintetico analogo o con tessuti biologici.

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato " Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale "	INF.DCH.13	0	7 di 10

- **Trombosi protesica** occlusione della protesi con arresto del flusso sanguigno agli arti inferiori. Questa complicanza può svilupparsi anche a distanza di anni e può necessitare di nuovi interventi per ripristinare la circolazione arteriosa agli arti inferiori, mediante: disostruzione meccanica, by-pass o qualora non fosse possibile, anche interventi di amputazione che vanno dalle porzioni distali dell'arto (dita, avampiede) all'amputazione maggiore (gamba o di coscia).
- **Laparocele** ernia della cicatrice chirurgica che può necessitare di intervento chirurgico.

Tipiche del trattamento chirurgico endovascolare.

- **Evoluzione della patologia aneurismatica** nella porzione superiore o inferiore all'endoprotesi, provocando un'insufficiente adesione della protesi alla parete aortica che non riesce più ad escludere l'aneurisma dal flusso di sangue (endoleak I). Non frequente attivazione di arterie con inversione del flusso nella sacca a distanza di tempo (endoleak II). Deconnessione, perforazioni o danneggiamenti dei componenti endoprotesici (endoleak III) Incremento delle dimensioni dell'aneurisma fino alla possibile rottura pur non essendo presenti rifornimenti ematici della sacca aneurismatica (tipo V); rari casi (oggi in aumento) di infezione a livello degli accessi inguinali o a livello della stessa endoprotesi. La correzione di tali complicanze è analoga alle tecniche descritte per quanto riguarda le complicanze precoci.
- **Occlusione degli stent:** comporta grave ischemia a carico dei territori vascularizzati e necessita di successiva PTA per riespandere il lume dello stent in tempi rapidi.
- **Occlusione della protesi:** necessità di disostruzione farmacologica (fibrinolisi) o meccanica (trombosuzione) o catetere di Fogarty. Procedure descritte nel trattamento dell'ischemia acuta.

COSA FARE DOPO LA DIMISSIONE.

È opportuno che Lei si sottoponga a periodici controlli clinici, ecografici e radiologici decisi dallo specialista come specificato nella lettera di dimissione. Nei casi trattati con tecniche endovascolari, qualora Lei debba sottoporsi a Risonanza Magnetica è necessario che informi lo specialista radiologo che è portatore/portatrice di endoprotesi in quanto questo potrebbe condizionare l'esecuzione dell'esame.

Le endoprotesi di nuova generazione non hanno incompatibilità con tale procedura diagnostica.

È fondamentale che Lei segua la terapia consigliata, che non è rappresentata solo dall'utilizzo dei farmaci prescritti, ma anche da un adeguato stile di vita tenendo presente che, se si tratta di patologia aterosclerotica, questa interessa tutti i distretti vascolari (cuore, cervello, reni, arti) con alta potenzialità evolutiva.

Lei può condurre una vita normale sia lavorativa sia di relazioni sociali sia di attività fisica compatibilmente con l'età ed eventuali malattie associate.

In quanto portatore di protesi vascolare Lei dovrà sottoporsi ad un trattamento antibiotico preventivo qualora dovesse effettuare esami strumentali invasivi o interventi, anche di piccola chirurgia (ad es. odontoiatrica).


CONSEGUENZE DEL NON SOTTOPORSI AL TRATTAMENTO O RINUNCIA AL TRATTAMENTO CHIRURGICO / PROCEDURA.

La mancata correzione dell'aneurisma con indicazione chirurgica La espone al rischio di rottura dello stesso con grave shock emorragico con elevata mortalità (70-90%) anche in caso di intervento chirurgico in emergenza.

PROGNOSI E RISULTATO ATTESO.

Il trattamento dell'aneurisma corrisponde ad una sua guarigione completa per la specifica patologia aortica e pertanto, sempre considerando i sopracitati rischi di complicanze precoci e tardive, Lei può considerarsi guarito.

Al fine di ridurre i rischi di tali complicanze Lei deve attenersi ai consigli clinici dati alla dimissione.

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato "Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale"	INF.DCH.13	0	8 di 10

ALTERNATIVE TERAPEUTICHE.

Non tutti gli aneurismi aortici richiedono un intervento chirurgico. Se l'aneurisma diagnosticato è di dimensioni ridotte, può essere tenuto sotto stretta sorveglianza con ecografie ripetute per rilevare eventuali cambiamenti nelle dimensioni o nello spessore e nella morfologia della parete (comparsa di fissurazioni).

In caso di pressione sanguigna elevata, sarà prescritta una terapia farmacologica antipertensiva.

Se Lei è un fumatore sarà invitata/o ad abbandonare tale abitudine. Inoltre, il medico potrà proporre modifiche nella dieta e nelle abitudini di attività fisica. Se invece sussiste un rischio reale di rottura dell'aneurisma (diametro massimo superiore a 60 mm e presenza di assottigliamento della parete o fissurazioni della stessa), si raccomanda il trattamento.

INFORMATIVA CONSEGNA DAL DOTT. _____


FASE DI ACCERTAMENTO CLINICO EFFETTUATO NEL CORSO DEL PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO.

DATA: ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO: _____

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE: _____

Si ribadisce che quanto esposto emerge dallo stato attuale dell'arte e pertanto potrebbero verificarsi ulteriori indicazioni attualmente non descritte e che l'informativa è congrua con le indicazioni di cui alla Legge 219 del 22.12.2017.

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato " Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale "	INF.DCH.13	0	9 di 10

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PROPOSTE ALLA/AL SIG.RA/SIG. _____

ULTERIORI INFORMAZIONI DI DETTAGLIO RISPETTO AL CASO CLINICO DA TRATTARE CHIRURGICAMENTE:

CHIARIMENTI RICHIESTI DALLA/DAL PAZIENTE:

INFORMAZIONI FORNITE DAL DOTT. _____ IN FASE DI PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO

DATA ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE _____

FORMULA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA CHIRURGICA PROPOSTA:

Io sottoscritto/a _____ sono stata/o informata/o in modo a me comprensibile dal Dott. _____ sulla necessità di essere sottoposta/o all'intervento chirurgico di: _____, sulla natura della patologia da cui sono affetta/o, delle metodiche diagnostiche necessarie alla migliore definizione della mia malattia, delle alternative terapeutiche, della modalità di effettuazione della procedura in oggetto, dei verosimili risultati attesi, nonché delle possibili complicanze, precoci e tardive comprese il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la dimissione, nonché delle possibili conseguenze in caso di ritardo o di rifiuto del trattamento chirurgico. Sono stata/o inoltre informata/o che condizioni di cui si prende atto solo in fase di esecuzione di intervento possono condurre a variazioni della tecnica operatoria proposta. Infine sono stata/o informata/o della possibilità che siano effettuate riprese fotografiche o video per scopi scientifici nel completo rispetto della mia privacy e di cui ho facoltà di acquisire copia.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente atto di adesione (consenso) in qualsiasi momento.

Nel caso in cui il paziente risulti capace di comprendere ma si trovi nella impossibilità di apporre la sua firma o nel caso di soggetto non vedente, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri soggetti designati nel modulo della privacy).

Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO: _____


Firma del Paziente o del Legale Rappresentante o del Fiduciario: _____

Firma del Primo Testimone: _____

Firma del Secondo Testimone: _____

Firma del Medico: _____

Data e luogo: ____/____/____

	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche SOC Chirurgia Vascolare SOS Chirurgia vascolare San Giuseppe	Codice	Revisione	Pagina
	Informativa e consenso informato "Informativa per il paziente sul trattamento degli aneurismi dell'aorta toraco-addominale"	INF.DCH.13	0	10 di 10

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PROPOSTE ALLA/AL SIG.RA/SIG. _____

ULTERIORI INFORMAZIONI DI DETTAGLIO RISPETTO AL CASO CLINICO DA TRATTARE CHIRURGICAMENTE:

CHIARIMENTI RICHIESTI DALLA/DAL PAZIENTE:

INFORMAZIONI FORNITE DAL DOTT. _____ IN FASE DI PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO

DATA ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE _____

FORMULA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA CHIRURGICA PROPOSTA:

Io sottoscritto/la sottoscritta _____ sono stata/o informata/o in modo a me comprensibile dal Dott. _____ sulla necessità di essere sottoposta/o all'intervento chirurgico di: _____, sulla natura della patologia da cui sono affetta/o, delle metodiche diagnostiche necessarie alla migliore definizione della mia malattia, delle alternative terapeutiche, della modalità di effettuazione della procedura in oggetto, dei verosimili risultati attesi, nonché delle possibili complicanze, precoci e tardive comprese il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la dimissione, nonché delle possibili conseguenze in caso di ritardo o di rifiuto del trattamento chirurgico. Sono stata/o inoltre informata/o che condizioni di cui si prende atto solo in fase di esecuzione di intervento possono condurre a variazioni della tecnica operatoria proposta. Infine sono stata/o informata/o della possibilità che siano effettuate riprese fotografiche o video per scopi scientifici nel completo rispetto della mia privacy e di cui ho facoltà di acquisire copia.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente atto di adesione (consenso) in qualsiasi momento.

Nel caso in cui il paziente risulti capace di comprendere ma si trovi nella impossibilità di apporre la sua firma o nel caso di soggetto non vedente, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri soggetti designati nel modulo della privacy).

Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

NON ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO: _____

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante o del Fiduciario: _____

Firma del Primo Testimone: _____

Firma del Secondo Testimone: _____

Firma del Medico: _____

Data e luogo: ____/____/____