

A.O.U. Policlinico Tor Vergata
U.O.S.D. Urologia Robotica e Mini-Invasiva
Responsabile prof. Pierluigi Bove

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Cistectomia

Io sottoscritto/a

nato a

il / /

sono stato informato/a dal Dr./Dr.ssa

in modo completo ed esaustivo:

- della mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- del trattamento più adeguato, dei tempi e delle modalità di attuazione;
- dei potenziali benefici del trattamento;
- delle possibili complicazioni, dei rischi e dei relativi ulteriori interventi medici;
- delle possibilità di insuccesso;
- dei rischi particolari legati al mio caso;
- dei disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento;
- dei tempi e delle modalità di recupero;
- delle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/terapeutico propostomi, compresi il non trattamento e gli annessi rischi e benefici;
- delle dotazioni ospedaliere adeguate all'indagine diagnostica e/o alla terapia alla quale verrò sottoposto.

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo da parte del paziente in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni

più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaustive e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito nel presente documento sono indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per renderle comprensibile ed essenziale l'esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili o nel richiedere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1. COS'È IL TUMORE DELLA VESCICA?

La vescica è il serbatoio in cui gli ureteri versano l'urina prodotta dai reni. Il tumore della vescica è un tumore che origina dalle cellule epiteliali che rivestono la superficie interna della vescica rendendola un contenitore impermeabile: questi tumori possono prendere la forma di polipi, simili a piccoli cespugli ramificati, oppure essere piatti, poco distinguibili dalla superficie da cui originano. È al 9° posto tra i tumori più frequenti negli uomini, mentre è considerevolmente inferiore nelle donne.

Tra i paesi del nord e sud Europa, l'Italia è al 2° posto dopo la Spagna con i più alti tassi di incidenza, rispettivamente di 29,8/100.000 uomini e 4,7/100.000 donne. Le fasce d'età più colpite sono dopo i 50 anni benché siano riscontrabili anche in persone più giovani. Un fattore di rischio sicuramente noto e provato è il fumo, mentre fattori protettivi sono il consumo di frutta e verdura. L'ematuria macroscopica senza dolore è il sintomo più frequente con cui si presenta un tumore della vescica. Il complesso sintomatologico costituito da irritabilità vescicale, aumentata frequenza minzionale, minzione imperiosa e stranguria è meno comune. Anche l'ematuria microscopica può sottendere la presenza di un tumore della vescica.

2. COME SI ARRIVA ALLA NECESSITÀ DI INTERVENTO E QUINDI AL RICOVERO?

Alla diagnosi di tumore vescicale si arriva esclusivamente attraverso la diagnosi istologica. Questa è generalmente ottenuta prelevando il tessuto attraverso una resezione endoscopica (TUR) delle lesioni vescicali sospette, oppure, più raramente, attraverso un esame citologico, la valutazione al microscopio delle cellule epiteliali presenti nelle urine. Quando le caratteristiche del tessuto asportato dimostrano che è presente un tumore di alto grado e che questo infiltra la parete della vescica (stadio elevato) è necessario togliere la vescica (= la cistectomia) per evitare che le cellule di questo tumore diffondano e diano metastasi.

La cistectomia è indicata anche in presenza di malattia voluminosa e sanguinante non controllabile con altri mezzi terapeutici, indipendentemente dal grado del tumore.

3. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

La cistectomia consiste nell'asportazione della vescica e dei tessuti circostanti con varie estensioni a seconda delle indicazioni cliniche:

- Cistectomia semplice: consiste nell'asportazione della sola vescica e dell'uretra prostatica.
- Cistectomia semplice con risparmio dei nervi e/o delle vescicole seminali: si tratta di asportare la vescica, l'ipertrofia prostatica con la porzione di uretra al suo interno conservando il plesso pelvico le vescicole seminali ed i nervi erigenti che scorrono all'esterno della parete della vescica e della prostata.
- Cistectomia totale: consiste nell'asportazione di prostata, vescicole seminali e vescica nell'uomo, mentre nella donna di vescica, parete vaginale anteriore e utero.
- Cistectomia radicale: come la cistectomia totale con in più l'asportazione dei linfonodi pelvici. Talvolta la linfadenectomia può essere conveniente estenderla fino ai linfonodi lomboaortici.

Quale sia la tecnica indicata nel caso specifico dipende dal tipo di malattia presente in vescica:
grado istologico,

- Stadio (= grado di infiltrazione della parete),
- Multicentricità delle lesioni,

- Estensione delle lesioni
- Sede delle lesioni.

4. COSA SUCCEDDE ALLE URINE DOPO CHE SI E' ASPORTATA LA VESCICA?

Occorre eseguire nello stesso intervento dopo aver asportato la vescica una derivazione urinaria, cioè la deviazione delle urine che può essere realizzata in vari modi:

- Ureterocutaneostomia: gli ureteri sono abboccati direttamente alla cute e l'urina raccolta in sacchetti.
- Condotta ileale: gli ureteri sono abboccati ad un tratto di ileo che viene isolato dal suo contesto ed abboccato alla cute. Le urine sono raccolte in un sacchetto.
- Neovescica ileale continente ortotopica: viene ricostruita una nuova vescica con un tratto di intestino isolato a cui vengono abboccati gli ureteri e questa neovescica viene abboccata all'uretra consentendo la minzione come d'uso corrente.
- Tasca continente eterotopica: viene ricostruito un serbatoio con un tratto di intestino isolato e questo viene abboccato con tecnica continente generalmente all'ombelico celandone lo sbocco. Consente di mantenere un'immagine corporea inalterata. È un serbatoio che per svuotarsi richiede l'autocateterismo.

Quale sia la derivazione indicata nel caso specifico dipende da vari fattori:

- Condizioni generali del paziente
- Condizioni cliniche della malattia
- Caratteristiche del tumore
- Estensione del tumore
- Presenza o meno di complicanze, quali idronefrosi, insufficienza renale, calcolosi renoureterale

Quando possibile e quando indicato si sceglie la ricostruzione del viscere. Varianti possono essere necessarie quando l'uretra non è agibile, con il confezionamento di tasche eterotopiche utilizzando il tratto terminale dell'ileo ed il colon ascendente, o confezionando un condotto ileale solo con 15-20 cm di ileo.

Una controindicazione assoluta alla ricostruzione della vescica è l'insufficienza renale medio-grave e l'insufficienza epatica. In questi casi la derivazione di elezione è il condotto ileale. L'ureterocutaneostomia è riservata ai casi di cistectomia di salvataggio o con condizioni generali compromesse.

5. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

Prima del ricovero verranno eseguiti gli esami preoperatori: il paziente attenderà la telefonata con cui gli si comunicherà la data in cui eseguirà gli esami (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace) la visita anestesiologicala ed il controllo urologico.

6. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche di ricovero, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto. Verrà ricoverato uno o due giorni prima dell'intervento, a seconda della derivazione urinaria programmata, per consentire una adeguata preparazione intestinale qualora si debba utilizzarne un tratto per ricostruire la vescica. Pertanto durante questo ricovero preparatorio dovrà assumere farmaci e sottoporsi a clisteri, nonché a dieta decisamente ridotta, con eventuale idratazione per via venosa. Dovrà sottoporsi alla depilazione del tronco, del pube e della parte alta della coscia. Dovrà essere richiesto il consenso a possibili trasfusioni di sangue. Quando verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc. È indicata la terapia antibiotica (per via endovenosa) ed antitrombotica (per via sottocutanea, dalla sera prima dell'intervento e per tutta la durata della degenza).

7. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO?

L'intervento che verrà eseguito è la cistectomia con derivazione urinaria. L'approccio può variare: open, laparoscopico, robotico. L'estensione della cistectomia e l'estensione dell'asportazione dei linfonodi possono variare a seconda delle indicazioni come descritto al punto 3.

Di seguito la descrizione della cistectomia radicale quando le condizioni cliniche consentono il trattamento standard e non esistono controindicazioni di ordine generale o locale.

- Incisione addominale sopraombelicale-pubica.

- Apertura del peritoneo, liberazione anteriore e laterale della vescica.
- Linfadenectomia dalla biforcazione aortica allo scavo pelvico ai fini di una stadiazione corretta e di un potenziale beneficio terapeutico.
- Isolamento e sezione degli ureteri
- Isolamento e sezione dei deferenti nell'uomo e dei legamenti uterini nella donna
- Sezione delle arterie ombelicali e sviluppo del piano posteriore fino all'uretra comprendendo nell'uomo prostata e vescicole seminali e nella donna la metà superiore della parete anteriore della vagina.
- Sezione dell'uretra all'apice prostatico nell'uomo, al disotto del collo vescicale nella donna.

Nell'uomo con tumore di basso stadio può essere indicata la tecnica con risparmio dei nervi, così come nella donna con tumore a basso stadio può essere indicata la conservazione di utero e parete vaginale ai fini di una ricostruzione ortotopica della neovescica. Il tipo di derivazione che può essere indicato è descritto al punto 4.

Generalmente quando le condizioni cliniche consentono il trattamento standard e non esistono controindicazioni di ordine generale o locale viene eseguita la ricostruzione vescicale con posizione ortotopica e minzione attraverso l'uretra. La tecnica media è la seguente:

- Isolamento di un tratto di ileo della lunghezza di 60-80 cm.
- Ricanalizzazione della continuità intestinale.
- Detubularizzazione dell'ileo e ricostruzione semisferica con ripiegamento delle pareti per evitare pressioni intrinseche.
- Anastomosi con una tecnica antiriflusso degli ureteri alla neovescica.
- Confezionamento del neocollo vescicale e sua anastomosi all'uretra.

8. QUANTO DURA L'INTERVENTO?

La durata varia da 2 a 4 ore, e dipende oltre che dalle caratteristiche fisiche di vescica e organi circostanti e dal tipo di derivazione urinaria anche dall'eventuale esecuzione di tecniche quali il risparmio dei nervi.

9. QUALI ALTERNATIVE ESISTONO A QUESTO TIPO DI INTERVENTO?

Attualmente non esistono alternative validate da studi controllati alla cistectomia a cielo aperto. I dati di serie storiche di pazienti con tumore muscolo invasivo operati e non operati dimostrano un vantaggio di sopravvivenza non indifferente a favore dei primi. La cistectomia radicale rappresenta oggi il trattamento standard del cancro della vescica muscolo invasivo. Alla motivazione oncologica ad eseguire la cistectomia radicale si affianca la palliazione dei sintomi e dei segni del tumore.

La cistectomia parziale non offre le medesime garanzie della cistectomia totale e non offre risultati migliori della semplice resezione endoscopica.

Tecniche di trattamento con resezione endoscopica più radio e chemioterapia (cosiddetti trattamenti trimodali) sono da considerarsi sperimentali. Si può quindi affermare che la cistectomia radicale è il trattamento standard del carcinoma muscolo invasivo senza metastasi a distanza.

10. QUALI SONO I RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE?

La cistectomia è considerata un intervento di chirurgia maggiore e come tale non è scevro da complicanze, legate sia all'asportazione del viscere che alla derivazione urinaria. Il tasso di mortalità peri-operatoria, cioè quello che avviene nei trenta giorni susseguenti all'intervento chirurgico, nelle casistiche più recenti varia da 0.3 al 2%, mentre la mortalità intraoperatoria è inferiore allo 0,5%. Le complicanze dell'intervento di cistectomia la cui frequenza è stabilmente inferiore al 30% con una richiesta di reintervento intorno al 15%, si possono suddividere in tre gruppi:

1) intraoperatorie: l'emorragia intra-operatoria che si verifica in meno del 5% dei casi.

2) post-operatorie precoci (fino a 30 giorni dopo l'intervento chirurgico):

- Cedimento della sutura tra neovescica e uretere o delle pareti dell'intestino rimodellato con fuoriuscita di liquido urinoso. (2%) Comporta dolore addominale e prolungamento del blocco intestinale (ileo paralitico); se prosegue nel tempo (un limite temporale non assoluto è quello di 30 giorni) può richiedere un re-intervento ma usualmente si risolve spontaneamente.
- Infezioni: (1%) se saccate (ascesso) possono richiedere un drenaggio chirurgico; usualmente vengono trattate con terapia farmacologica

- Ileo paralitico (20%) temporaneo blocco intestinale che si risolve con terapia farmacologica.
- Ileo meccanico (blocco intestinale) da impossibilitato transito delle feci attraverso la ricostituita continuità intestinale (angolazione di un'ansa, briglia aderenziale, ernia interna, devascolarizzazione di un'ansa). Richiede un re-intervento
- Complicanze della ferita 2%; la ferita può essere sede di infezione superficiale o profonda, che può richiedere un intervento di "curettage" (pulizia chirurgica) di solito in anestesia locale, o di ernie post-intervento; sono complicanze comuni a qualsiasi intervento addominale.
- Prolungata linforrea 7% (perdita di liquido linfatico) attraverso il tubo di drenaggio; è una complicanza che si risolve spontaneamente e non richiede interventi se non quando responsabile di un accumulo saccato di linfa (linfocele).
- Devono essere poi messe in conto complicanze di ordine generale quali la trombosi venosa profonda, l'embolia polmonare, l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale, che peraltro vengono prevenute con profilassi e controlli.

3) post-operatorie tardive:

- Ostruzione ureterale: è probabilmente la più frequente complicanza e vede come causa principale la scarsa irrorazione di sangue (ischemia) del tratto terminale dell'uretere. È responsabile di insufficienza renale se interessa entrambi i reni contemporaneamente.
Richiede appena riconosciuto un drenaggio delle urine o per via endoscopica o per via percutanea o diretto in caso di anastomosi cutanee. Una volta ottenuto il drenaggio urinario si potrà pianificare la procedura volta a risolvere l'ostruzione: essa potrà avvenire o mediante tecniche endoscopiche, retrograde o anterograde, o per via chirurgica a cielo aperto.
- Infezioni: delle neovesciche, delle tasche continenti, pielonefriti secondarie ad ostruzioni o reflussi. Il trattamento farmacologico, ed il drenaggio delle urine quando è presente ostruzione risolvono generalmente il problema.
- Formazione di calcoli nelle neovesciche o nelle tasche continenti: possono essere secondari ad infezioni, raccolte di muco o corpi estranei. Richiedono un intervento endoscopico di litotrissia attraverso il tratto che la fa comunicare con l'esterno (uretra o condotto intestinale), e raramente può richiedere un reintervento chirurgico a cielo aperto in caso di calcolosi massiva.

- L'incontinenza urinaria in caso di neovescica ortotopica: Nelle casistiche disponibili l'incidenza dell'incontinenza totale è riportata variabile e dipendente da vari fattori:
caratteristiche della malattia, tecniche usate, caratteristiche dei pazienti e parametri di valutazione. Attualmente nelle nostre serie il 90% dei pazienti a 6 mesi dall'intervento ha1Fonte: Associazione Urologi Italiani – AURO.itun'ottima continenza diurna, in progressivo miglioramento a 12 mesi. La continenza notturna richiede risvegli programmati, soprattutto i primi mesi postintervento, per evitare la perdita d'urina. I pazienti con più lungo follow-up (superiore a 20 anni) dimostrano ottima gestione della continenza.
- L'impotenza sessuale: è la regola nella cistectomia radicale, a meno che non si adotti una tecnica di risparmio dei nervi. Viene risolta con l'iniezione intracavernosa di farmaci vasoattivi che consentono l'erezione e l'espletamento degli atti sessuali.
- Difficoltà al cateterismo intermittente della tasca continente: viene generalmente risolta lasciando un catetere a dimora per 2 o 3 settimane; raramente richiede un re-intervento.
- Reflusso ureterale: è un ritorno di urine che provengono dalla neovescica nei reni. Può richiedere un reintervento solo se responsabili di deterioramento della funzione renale.
- Ipercontinenza: è un evento possibile soprattutto nelle derivazioni urinarie continenti nelle donne ed è caratterizzato dall'impossibilità a svuotare completamente la vescica.
- Solitamente viene trattato con autocateterismi intermittenti.
- Problemi di stomia: le ureteroutaneostomie possono essere oggetto di stenosi che rallentano il drenaggio dell'urina e richiedono un cateterismo o raramente una revisione. Ernie parastomiali possono interessare le stomie ileali e devono essere corrette chirurgicamente.
- Deterioramento della funzione renale e anemia: anche in assenza delle complicanze citate sopra si può avere un progressivo deterioramento della funzione renale. Occorre quindi monitorare la funzione renale ed il pH ematico, anche se col tempo i parametri tendono ad assestarsi spontaneamente.

11. IN COSA CONSISTONO I CONTROLLI POST-OPERATORI?

A parte gli eventuali controlli relativi all'intervento di derivazione fecale, di competenza chirurgica generale, non esiste uno schema di controllo universalmente accettato. Lo schema proposto è quindi da ritenersi

puramente indicativo e passibile di modifica da parte del chirurgo operatore che lo disegnerà in relazione alle specifiche caratteristiche del paziente.

Urografia e.v. o ecografia dei reni e della neovescica a sei mesi, a 1 anno a 2 anni e poi ogni 2 anni;

BUN, Creatinina, Elettroliti ed emogasanalisi a un mese, poi a 3 e a 6 mesi e infine ogni sei mesi.

Emoglobina. Ogni 6 mesi per 3 o 4 anni poi annualmente. Controllo endoscopico della neovescica.

Ogni 2 anni, iniziando 5 o 7 anni dopo l'intervento.

12. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE INSORTE DOPO LA DIMISSIONE?

È necessario che per tutta la vita il paziente resti in contatto con il un centro urologico e che ad esso faccia riferimento per ogni problema relativo e pertinente all'intervento stesso come difficile svuotamento della neovescica (senso di tensione o di ripienezza addominale), febbre che non recede con terapia antibiotica tradizionale, astenia marcata, anemia, dolori addominali di incerta natura, alterazione dei parametri ematochimici di funzione renale, dolori lombari gravativi o di tipo colico etc.

13. COSA SUCCEDE DOPO L'INTERVENTO?

Dopo l'intervento al ritorno in camera di degenza si avrà una fleboclisi ed un catetere venoso centrale per l'idratazione, l'immissione della terapia necessaria ed il monitoraggio, i cateteri ureterali, il drenaggio, il catetere vescicale, un sondino nasogastrico ed un catetere vescicale in caso di neovescica o tasca continente. Successivamente la degenza è variabile e dipende dal tipo di derivazione. Il drenaggio viene rimosso generalmente il 5° giorno postoperatorio, il sondino in tempi variabili a seconda della ripresa funzionale dell'intestino. Nelle derivazioni in neovescica ortotopica il 7° giorno si rimuovono i cateteri ureterali ed il catetere vescicale il 14° giorno. L'alimentazione liquida e solid a vengono riprese in accordo alla ripresa della funzione intestinale, generalmente tra il 3° ed il 7° giorno postoperatorio. Trattamento antibiotico, antitrombotico, la profilassi dell'ulcera peptica continuano durante tutta la degenza ed oltre. In assenza di complicazioni la degenza varia da 8 a 15 giorni a seconda della derivazione realizzata.

14. COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità di autonomia del paziente. La convalescenza dura circa 1 mese dalla dimissione, pertanto è consigliata

una vita normale senza sforzi fisici, una dieta equilibrata con particolare attenzione a mantenere un alvo regolare. L'attività sportiva potrà essere ripresa dopo circa 3 mesi dalla dimissione. A domicilio in caso di febbre, di dolori o di gonfiori abnormi e persistenti contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione a seconda delle condizioni associate e del tipo di intervento. In ogni caso dovrà essere effettuata una visita dopo circa 40 giorni dall'intervento per la valutazione dei risultati immediati con un primo controllo dell'emocromo, della funzione renale e dei principali esami ematochimici, delle eventuali terapie farmacologiche e della necessità di terapie riabilitative.

15. CHE COSA ACCADE SE NON MI SOTTOPONGO ALL'INTERVENTO?

Il tumore vescicale avrebbe una progressione che oltre a ridurre drasticamente la sopravvivenza renderebbe particolarmente precaria la qualità della vita a causa dell'elevata frequenza di minzioni, del sanguinamento uretrale e dei dolori addominali quando vengono infiltrate le strutture nervose adiacenti.

Informazioni sulla struttura

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi alla amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Considerazioni speciali

Le infezioni sistemiche e delle ferite chirurgiche superficiali e profonde **non sono del tutto evitabili** nonostante la correttezza delle procedure di prevenzione e delle terapie specifiche.

La loro incidenza tra l'altro è in aumento a causa della **resistenza del numero dei germi** che non rispondono più agli antibiotici.

Le infezioni possono portare a morte.

Nel Suo caso possono avere una **negativa influenza** i seguenti aspetti o comorbidità:

.....
.....

La presenza di queste Sue situazioni oggettive determina un'**incidenza di complicanze di tipo infettivo** che possono avvenire nell'immediato post-operatorio o anche durante il primo anno post-intervento.

Pertanto, viste le condizioni cliniche di cui sopra, il Suo rischio infettivo è da considerarsi:

☐ basso ☐ medio ☐ alto

Sulla base della mia esperienza professionale il rischio dell'intervento proposto in termini di complicanze e/o mortalità può essere valutato in

☐ basso ☐ medio ☐ elevato ☐ molto elevato

In maniera esaustiva ho informato il Sig./Sig.ra dei motivi della scelta terapeutica proposta ed i vantaggi e svantaggi che questa scelta potrà determinare sulla sua aspettativa di vita e la qualità della stessa, soffermandomi particolarmente sulle aspettative che il paziente si attende dall'opzione terapeutica proposta e quelle che nel suo caso specifico si potranno ottenere:

.....
.....

Relativamente ai risultati attesi sopra indicati le possibilità di successo sono

☐ molto alte ☐ alte ☐ medie ☐ basse

Ho discusso in maniera approfondita le complicanze ed i rischi dell'atto medico proposto anche in relazione alla mia esperienza e alla tecnica utilizzata, in particolare sono state affrontate le seguenti problematiche che

potrebbero essere causa di peggioramento della qualità della vita, invalidità permanente e di morte:

.....
.....

C'è da tener presente, comunque, che l'elenco delle complicanze sono quelle più frequenti e statisticamente riscontrate. Tale elenco però non deve ritenersi esaustivo in quanto possono intervenire anche complicanze diverse sicuramente meno frequenti delle quali è estremamente difficoltoso poter elencare specificamente.

Dichiaro di aver compreso le informazioni ricevute in lingua italiana (se straniero specificare la lingua utilizzata):

.....

CONSENSO INFORMATO

Confermo:

- di essere stato adeguatamente informato e di avere compreso e discusso con il medico tutte le informazioni;
- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento anestesologico da adottare prima, durante e dopo l'intervento e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- di avere compreso le informazioni circa le complicanze più comuni e prevedibili e che, nel mio caso specifico, consistono in:

.....

e che il Dr./Dr.ssa

ha espresso quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.

EVENTUALE PRESENZA DI TESTIMONE EVENTUALE NECESSITÀ DI INTERPRETE

Cognome e Nome:

Firma:

Quindi

☐ ACCONSENTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/
PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

☐ RIFIUTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/
PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

Data: / /

Firma del Genitore o del Legale Rappresentante

Firma del Paziente

Firma del Medico