

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

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Riparazione dell'Uretere o sua sostituzione
con segmenti intestinali

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 LA RIPARAZIONE DELL'URETERE E PERCHÉ VIENE PROPOSTA?

L'urina prodotta dal rene viene portata alla vescica attraverso un sottile canale anatomico chiamato uretere. L'uretere è una struttura delicata e fragile e può essere danneggiato in diverse circostanze, specie in occasione di traumi o di interventi chirurgici; esso può inoltre diventare inutilizzabile quando sia necessario asportarne una ampia porzione in quanto occupato da neoplasia o da altre patologie.

Si tratta dunque in questa sede un intervento chirurgico a cui si ricorre nei casi di danni estesi dell'uretere per stenosi lunghe o grossi difetti di altra natura (traumatica, chirurgica, flogistica tbc, malattia litiasica, neoplasie in monorene, deconversione urinaria ecc). Tutti gli interventi devono essere considerati (a parte il cateterismo ureterale) una sorta di chirurgia estrema, da utilizzare quando tutte le altre soluzioni risultano, per motivi diversi, impraticabili.

2. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO?

Al sospetto di lesione dell'uretere si arriva sia per reperto accidentale in corso di ecografie eseguite per altri motivi, ma soprattutto per sintomi e segni di cui il dolore, la febbre, l'ematuria rappresentano i più frequenti. Inoltre, spesso, alla diagnosi si arriva considerando la storia clinica: pregressi interventi, malattie, o terapie possono essere state la causa del danno all'uretere. Comunque la diagnosi che indichi la necessità dell'intervento di riparazione dell'uretere deve essere fatta con una TC multistrato di addome e pelvi eseguita con il mezzo di contrasto e pose sia angiografie che tardive (urografie). Qualora esistano controindicazioni alla TC, la Risonanza Magnetica (RM) con mezzo di contrasto paramagnetico rappresenta un'alternativa di pari dignità diagnostica.

3. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO?

Il tipo di riparazione da praticare su di un uretere lesionato dipende: dall'altezza in cui l'organo viene danneggiato (distinguiamo schematicamente tre segmenti: uretere superiore o prossimale, la sua parte più alta e vicina al rene - uretere medio - uretere inferiore o distale, la sua parte più bassa vicina alla vescica), dalla lunghezza o estensione della perdita di sostanza ureterale, dall'ampiezza della circonferenza dell'uretere interessata dalla lesione (vi sono sezioni complete e lesioni parziali), dalla causa che ha determinato il danno.

Tutti gli interventi vengono eseguiti in anestesia generale; in alcuni casi il cateterismo ureterale (vedi di seguito) può essere eseguito in anestesia locoregionale o in sedazione profonda.

L'accesso chirurgico è prevalentemente a cielo aperto, salvo che nel caso del cateterismo ureterale.

In alcuni casi, può essere tentato un approccio laparoscopico o robotico.

La presenza di un catetere ureterale tipo doppio J o simile al termine dell'operazione deve essere considerata necessaria dopo tutti gli interventi di seguito elencati. Il catetere ureterale funge da "tutore", cioè da guida e modellaggio nella ricostruzione dei tessuti con calibro adeguato, che avviene appunto intorno ad esso. Il/la paziente uscirà dalla sala operatoria con un catetere vescicale che verrà mantenuto in sede per un tempo variabile in relazione al tipo di intervento (da una a più settimane).

Un drenaggio verrà sempre posizionato vicino alla zona in cui è stato praticato l'intervento, e al termine di esso; mediante tale drenaggio verranno controllati l'eventuale perdita di sangue e soprattutto la perdita di urina, spia di una mancata tenuta della sutura.

In molti casi la presenza di una nefrostomia (un tubo di drenaggio dell'urina con l'estremità all'interno del rene e fuoriuscente all'esterno dal fianco del/

della paziente) garantisce il passaggio dell'urina prodotta dal rene all'esterno senza farle raggiungere la porzione di uretere lesionato, che viene in tal modo "protetta": ciò può favorire la guarigione. In particolare, in situazioni di urgenza (traumi) può essere necessario posizionare preventivamente una nefrostomia stabilizzando dal punto di vista clinico il/la paziente e prevenendo il passaggio di urina dall'uretere lesionato alla cavità addominale del paziente (cosa che potrebbe avere conseguenze cliniche anche gravi); l'intervento di correzione della lesione dell'uretere (uno di quelli che saranno di seguito schematicamente descritti) può essere effettuato in un secondo tempo, a situazione appunto stabilizzata. In tutti gli interventi sotto elencati è necessaria la massima attenzione alla vascolarizzazione ureterale: una lesione anche parziale di essa porta quasi invariabilmente all'insuccesso dell'intervento per stenosi cicatriziale.

È necessario asportare completamente la porzione di uretere danneggiato o comunque inutilizzabile; le suture necessarie all'intervento devono essere obbligatoriamente effettuate su tessuto sano e ben vascolarizzato, prive di tensione e impermeabili, a tenuta.

In caso di lesioni estese al rene o in ogni caso non rimediabili può essere possibile dover ricorrere alla asportazione del rene drenato dall'uretere lesionato (nephrectomia).

Gli interventi possibili per lesioni ureterali, di riparazione o anche sostituzione dell'uretere, sono moltissimi; si riportano di seguito le descrizioni schematiche dei più comuni di essi.

POSIZIONAMENTO DI CATETERE DOPPIO J

In caso di lesioni non estese può rivelarsi la soluzione più indicata il posizionamento di un catetere ureterale tipo doppio J, con un ricciolo autostatico all'interno della cavità escretrice del rene, e l'altro nella pelvi. Il catetere non fuoriesce all'esterno e può restare in sede per un lungo tempo (al massimo per 6 mesi, poi, se non rimosso, deve essere sostituito). Esso serve da guida per la ricostruzione e il modellaggio del tessuto ureterale lesionato, che può in tal modo guarire. Alla rimozione del catetere, che si effettua in corso di cistoscopia, deve seguire un controllo radiologico per accertarsi che non si formi una stenosi e che la ricostruzione ureterale sia avvenuta correttamente. Questo tipo di procedura si effettua normalmente per via endoscopica retrograda, ma può anche essere eseguita intraoperatoriamente a cielo aperto in caso di lesione ureterale riscontrata durante intervento di altro tipo (post-trauma durante interventi demolitivi addominali).

URETERO-URETEROSTOMIA

Si utilizza per lesioni non estese dell'uretere superiore o medio e consiste nella sutura diretta delle due estremità sane dell'uretere. Tali estremità devono essere ampiamente mobilizzate e tagliate per evitare che restino in sede porzioni necrotiche. Le due estremità dell'uretere vengono spatulate in direzione opposta in modo da ottenere una sutura obliqua, con la quale è meno probabile, rispetto alla sutura circolare, la successiva insorgenza di

stenosi. La sutura deve essere assolutamente senza tensione, l'uretere deve essere ben mobile da entrambi i lati della sutura prima che essa sia effettuata.

TRANS-URETERO-URETEROSTOMIA

Si utilizza per lesioni estese dell'uretere superiore o medio. Si tratta di un intervento di significativa complessità e consiste nell'anastomizzare (suturare) l'uretere dal cui lato si è prodotta la lesione, in un punto superiore alla lesione stessa, all'uretere controlaterale. L'uretere "donatore" viene isolato al di sopra della lesione e, passando al di dietro dell'intestino, portato a contatto con l'uretere del lato opposto. Sull'uretere "ricevente" viene praticato un occhiello, sul quale viene suturata l'estremità dell'uretere "donatore" opportunamente spatulata (sempre per ridurre la probabilità di stenosi). La sutura deve essere senza tensione, l'uretere "donatore" deve arrivare bene, senza trazione, dalla parte opposta.

URETEROCALICOSTOMIA

Si effettua per lesioni dell'uretere superiore e della pelvi renale. Si tratta anche in questo caso di chirurgia complessa consistente nella anastomosi dell'uretere, nel suo moncone distale, con il calice inferiore del rene (i calici sono le cavità in cui si riversa l'urina prodotta dal rene prima di entrare nella pelvi renale). Anche in questo caso l'estremità ureterale deve essere spatulata e la sutura deve essere effettuata in assenza di tensione e protetta da un catetere ureterale. Questo intervento prevede l'apertura del parenchima renale (la "polpa" del rene) e l'asportazione di una porzione di esso.

PSOAS-HITCHING E REIMPIANTO URETERALE

Questo tipo di intervento si utilizza per lesioni dell'uretere inferiore. Con esso la vescica viene mobilizzata e portata verso l'alto e lateralmente dalla parte in cui l'uretere sano non ha lunghezza sufficiente. Le arterie vescicali superiori dalla parte opposta vengono sezionate per favorire la mobilità della vescica in direzione contraria; la vescica viene spinta verso l'alto e lateralmente, sopra i vasi iliaci e fino a raggiungere il muscolo psoas. La parete della vescica viene fissata al muscolo psoas con alcuni punti. Con la vescica così sollevata è possibile far arrivare ad essa l'uretere, che viene reimpiantato in vescica possibilmente con una tecnica anti-reflusso (per impedire il reflusso di urina dalla vescica al rene) con un tunnel sottomucoso. La vescica viene quindi richiusa a completare l'intervento.

LEMBO VESCICALE SEC.CASATI-BOARI

Intervento che si realizza per lesioni dell'uretere inferiore. La vescica viene aperta scolpendo un lembo di tessuto con base ampia ed estremità ristretta, di lunghezza superiore di qualche centimetro (di norma 2-3) rispetto al difetto da colmare. Il lembo vescicale viene portato verso l'alto e ad esso viene collegato l'uretere mediante un reimpianto con tecnica antireflusso (tunnel sottomucoso). Il lembo vescicale viene richiuso in forma di canale intorno ad un catetere che funge da modellaggio di questa tubulizzazione; in pratica, il lembo di vescica diventa un sostituto della porzione di uretere inferiore

mancante. Il lembo “ex-vescica e neo-uretere” e la vescica vengono richiusi a completare l'intervento.

SOSTITUZIONE CON ANSA ILEALE

Questo intervento riveste una ulteriore particolare complessità e viene solitamente eseguito quando tutte le altre tecniche precedenti non possono essere effettuate. Con esso viene eseguita una chirurgia non solo della via urinaria ma anche dell'intestino. Viene infatti isolata e disconnessa dalla continuità intestinale una porzione di ileo (l'intestino tenue) di lunghezza leggermente superiore a quella del difetto di sostanza ureterale da correggere. La continuità intestinale viene ripristinata con una anastomosi tra i due monconi di ileo rimasti liberi dopo l'asportazione della porzione prescelta. Il segmento di ileo viene posizionato nello spazio in cui è normalmente situato l'uretere dopo che l'uretere stesso è stato asportato (in tutto o anche, in alcuni casi, in parte); il segmento di ileo viene collocato in posizione isoperistaltica, in maniera cioè che le contrazioni normalmente presenti nell'intestino siano dirette verso il basso. Il segmento ileale, divenuto così il “neo-uretere” viene anastomizzato alla pelvi renale da una parte e alla vescica nella sua porzione inferiore. Può essere necessario posizionare a protezione delle anastomosi un tubo di drenaggio di calibro maggiore rispetto ai “consueti” doppi J, visto che il segmento ileale neo-ureterale continua, come tutte le parti dell'intestino, a produrre muco, che deve essere drenato e può ostruire il tubo di drenaggio. In casi ulteriormente e notevolmente selezionati, questo tipo di intervento può essere eseguito anche per sostituire entrambi gli ureteri, utilizzando un segmento ileale più lungo, o per sostituire solo una porzione di uretere, mediante un segmento più breve.

SOSTITUZIONE CON APPENDICE

In casi estremamente selezionati l'uretere può essere sostituito dall'appendice, con modalità tecniche simili a quelle sopra descritte rispetto all'ileo; in questo caso però la continuità intestinale non viene interrotta ed è sufficiente la sua chiusura nel punto il cui l'appendice è disconnessa da essa.

AUTOTRAPIANTO RENALE

È un intervento di chirurgia notevolmente complessa e viene utilizzato in casi “estremi”, quando è presente ampia perdita di tessuto ureterale non diversamente riparabile. Con tale intervento il rene viene asportato dalla sua sede naturale insieme ad arteria e vena renale; esso viene portato all'esterno, refrigerato e perfuso con sostanze con l'obiettivo di ritardare i processi di ischemia e necrosi che avvengono in assenza di perfusione renale ematica. Successivamente la pelvi renale viene anastomizzata alla vescica, mentre arteria e vena renale vengono anastomizzati ai vasi iliaci.

Come è intuitivo, soprattutto questo è un intervento che deve essere praticato in centri attrezzati e con esperienza in materia.

4. CONSEGUENZE, COMPLICANZE E RISCHI

In tutti i casi il/la paziente dovrà mantenere in sede un catetere vescicale (per un tempo variabile a seconda dell'intervento) e uno ureterale.

Il catetere ureterale interno tipo doppio J o simile può dar luogo a disturbi quali dolore, stimolo frequente alla minzione, minzione dolorosa, sanguinamento, dolore al fianco al momento della minzione (per reflusso di urina dalla vescica al rene all'interno del catetere ureterale). I cateteri tipo doppio J, interamente interni al corpo, consentono lo svolgimento di quasi tutti i tipi di attività; essi possono restare in sede per alcuni mesi, e per la rimozione di un doppio J è necessaria l'esecuzione di una cistoscopia durante la quale il catetere viene estratto all'esterno afferrando la sua estremità posta nella vescica con una piccola pinza atraumatica introdotta attraverso il cistoscopio.

Il paziente con doppio J in sede non deve avere particolari accorgimenti se non una adeguata idratazione. È comunque opportuno che per tutto il tempo della permanenza del catetere ureterale in sede il/la paziente beva molto per evitare le incrostazioni calcaree del catetere, che ha un calibro sottile e può pertanto facilmente ostruirsi.

Una complicanza abbastanza comune in presenza di un catetere tipo double-J è il reflusso vescicoureterale: il catetere ureterale cavo al suo interno consente anche il passaggio dell'urina in senso contrario a quello normale, cioè dalla vescica alla pelvi renale. In casi gravi questo problema può portare al deterioramento del rene e a serie infezioni urinarie. Sintomo tipico di questo problema è il dolore al fianco durante la minzione, causato dalla risalita dell'urina nel rene. Il problema viene risolto più spesso con un catetere vescicale a dimora; il/la paziente deve essere avvisato di non urinare con alte pressioni vescicali, cioè di non aspettare di avere il massimo stimolo minzionale a vescica piena al limite della sua capacità.

Nei primi giorni seguenti ad uno degli interventi descritti la mobilità del/della paziente verrà sicuramente limitata dai postumi chirurgici, dalla presenza di un drenaggio e di un catetere, dalla presenza di suture interne molto recenti. È fondamentale il controllo del corretto funzionamento del catetere vescicale, che non deve essere ostruito da coaguli o, come può succedere quando si utilizza l'ileo, muco.

Nei casi in cui viene utilizzato l'intestino in sostituzione dell'uretere il riassorbimento di urina da parte del segmento intestinale (ciò che non avviene con l'uretere normale) può dar luogo a squilibri elettrolitici quali acidosi, ipopotassiemia, ipercloremia e deterioramento della funzione renale; per tali motivi l'equilibrio idroelettrolitico del paziente deve essere controllato con prelievi ed eventuale somministrazione di bicarbonato. Controindicazione all'utilizzo dell'ileo in questi casi è l'insufficienza renale.

In questi casi è presente spesso una batteriuria asintomatica.

Altre complicanze possibili sono l'infezione genito-urinaria (anche con febbre e possibile insorgenza di una grave sepsi, pericolosa per la sopravvivenza), il sanguinamento e l'emorragia (per lesione di vasi anche importanti: possono essere necessari un reintervento o una angio-embolizzazione, occludendo

i vasi sanguinanti con un accesso alla circolazione per via percutanea con cateteri appositi), la possibilità di lesioni di organi vicini (vasi ematici, milza, intestino, organi genitali) che possono anche necessitare di interventi chirurgici a cielo aperto con la collaborazione di diversi specialisti.

È possibile infatti anche arrivare all'intervento di posizionamento di una stomia intestinale (canalizzazione delle feci all'esterno mediante l'apertura sulla cute dell'intestino), che può essere richiusa in corso di un ulteriore seguente intervento.

In caso di lesione del rene si può arrivare anche alla asportazione del rene stesso (nephrectomia). Il danno renale può manifestarsi anche con l'insorgenza o il peggioramento di ipertensione. Per lesioni della milza, organo vicino al rene sinistro, è possibile il ricorso all'asportazione dell'organo (splenectomia). Sono possibili il rilasciamento dei piani muscolari ed anche il loro cedimento con formazione di un rigonfiamento inestetico del fianco (lombocela) o della parete addominale anteriore (laparocela).

Le ferite cutanee chirurgiche possono infettarsi e guarire lentamente con cicatrici irregolari e altri inestetismi con pregiudizio alla immagine corporea del/della paziente. Possono essere necessari trattamenti antibiotici locali e sistemici, medicazioni frequenti, posizionamento di drenaggi, applicazione di dispositivi per favorire la guarigione, re intervento sulla zona della cicatrice. Le sovrainfezioni della ferita possono anche ulteriormente complicarsi con infezioni sistemiche provocate da batteri particolarmente aggressivi.

La stenosi ureterale è una complicanza tipica di tutti gli interventi descritti; essa è dovuta ad una cicatrizzazione che evolve in senso stenotico con tessuto fibroso rigido ed ostruente. Le soluzioni possono essere diverse e contemplano tutti gli interventi già descritti ed altri meno comuni; in caso di fallimento o di inoperabilità del paziente l'unica soluzione è mantenere costantemente a dimora, con sostituzioni periodiche, una nefrostomia o un catetere ureterale tipo doppio J.

Una sutura ureterale non a tenuta può comportare la presenza di una fistola urinosa, con dispersione dell'urina nella cavità addominale; possibile l'insorgenza di un quadro clinico di peritonite urinosa, potenzialmente pericoloso e necessitante di un reintervento chirurgico. La presenza di un drenaggio in sede di intervento può servire ad identificare questo fenomeno mediante la visualizzazione della fuoriuscita di urina dal drenaggio stesso.

Negli interventi in cui si utilizza l'intestino (sostituzione ureterale con ileo) è possibile l'occlusione intestinale da stenosi della anastomosi o da briglie aderenziali. E' possibile in questi casi l'insorgenza di quadri di dolore addominale che possono arrivare nei casi più gravi al cosiddetto "addome acuto" con dolore intenso da occlusione intestinale. La soluzione è molto spesso un re intervento chirurgico.

Se la anastomosi con la quale si ripristina la continuità intestinale (nell'intervento di sostituzione ureterale con ileo) non è a tenuta si verifica l'insorgere di una fistola enterica, con possibile peritonite secondaria, condizione quest'ultima pericolosa anche per la vita e necessitante di reintervento chirurgico.

Altre complicanze possibili con questo tipo di intervento sono la necrosi del segmento ileale con conseguente deiscenza della anastomosi tra pelvi renale e segmento ileale o tra segmento ileale e vescica, ostruzione del segmento ileale con tappi di muco, acidosi ipopotassiemia ipercloremica con progressivo danno della funzione renale fino alla insufficienza renale franca, infezione urinaria asintomatica, diarrea.

La sostituzione di segmenti ureterali con appendice può complicarsi con stenosi.

Nei casi di autotrapianto renale si possono verificare la necrosi parziale o totale del rene (che può necessitare di asportazione dello stesso), la stenosi della anastomosi tra pelvi e vescica (che deve essere protetta da un catetere di lunghezza ridotta) e le altre complicanze illustrate a proposito degli altri interventi.

5. ALTERNATIVE

Ciascuno degli interventi sopra elencati può costituire l'alternativa ad uno degli altri. Come già esplicitato, in caso di fallimento o di inoperabilità del paziente l'unica soluzione è mantenere costantemente a dimora, con sostituzioni periodiche, una nefrostomia (drenaggio dell'urina prodotta dal rene mediante un tubicino inserito nel fianco) o un catetere ureterale tipo doppio J. L'obiettivo è sempre quello di garantire la funzione del rene e lo scarico dell'urina all'esterno del corpo.

6. CONSEGUENZE DI MANCATA ESECUZIONE

Come risulta da quanto sopra esposto, la mancata risoluzione di una stenosi o di una perdita di sostanza ureterale può portare a dilatazione della via escretrice a monte (ureteroidronefrosi), formazione di calcoli ureterali e/o renali, infezioni urinarie anche gravi (ureteroidropionefrosi, presenza di pus all'interno di uretere e pelvi renale) ed insufficienza renale, complicanze potenzialmente pericolose per la sopravvivenza.

Una rottura dell'uretere costituisce una situazione di urgenza e, se non corretta tempestivamente, può portare allo spandimento di urina all'interno dell'addome, complicanza grave e potenzialmente pericolosa per la sopravvivenza per la possibile peritonite e per le conseguenze tossiche ed infettive.

7. POSSIBILI PROBLEMI ALLA DIMISSIONE E TEMPI DI RECUPERO

Se il/la paziente viene dimesso con catetere ureterale interno (doppio J) a dimora la presenza di un catetere ureterale all'interno della vescica, dell'uretere e del rene può essere fastidiosa, con intensità variabile a seconda della sensibilità individuale; è possibile che si manifestino pollachiuria (minzione frequente), urgenza minzionale, dolore sovrapubico, urine ematiche. Questi sintomi possono essere trattati con farmaci.

È comunque opportuno che per tutto il tempo della permanenza del catetere ureterale in sede il/la paziente beva molto per evitare le incrostazioni calcaree del catetere, che ha un calibro sottile e può pertanto facilmente ostruirsi.

Poiché il catetere doppio J è cavo al suo interno può accadere che l'urina refluisca in senso contrario a quello fisiologico, dalla vescica alla pelvi renale. Come già esposto, questo fenomeno può provocare infezioni urinarie ma soprattutto un caratteristico dolore al fianco al momento della minzione. Il/la paziente va invitato/a in questo caso ad urinare a pressioni non massimali, e cioè a vescica non massimamente ripiena, con stimolo minzionale non particolarmente forte. In ogni caso, dopo la rimozione del catetere ureterale, indipendentemente dal tempo per il quale esso è rimasto in sede, è importante monitorare le condizioni cliniche del paziente.

Come risulta dalla trattazione sopra riportata, dopo la dimissione possono presentarsi dolori, infezioni urinarie, sanguinamenti, bruciore e frequente stimolo minzionale. Tali problemi possono essere risolti farmacologicamente ma è bene in questi casi rivolgersi presso la struttura che ha eseguito l'intervento (o ad altra urologica più vicina), soprattutto in caso di dolore intenso o rialzo febbrile.

Dovranno essere programmati in ogni caso, indipendentemente dal tipo di decorso postoperatorio e dal tipo di intervento effettuato, accertamenti radiologici per valutare la situazione del rene e dell'uretere (accertamenti da scegliere caso per caso, in base al tipo di patologia che ha portato al posizionamento del catetere e alle caratteristiche del paziente, preferibilmente uro-TC o ecografia renale).

In caso di interventi in cui si sia utilizzato l'intestino possono prodursi problemi idroelettrolitici, soprattutto acidosi, che può necessitare di trattamento con bicarbonato. In questi casi è importante monitorare gli esami ematochimici compreso il pH ematico.

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 anestesilogico 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