



Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico

Io sottoscritta/o _____ nato a _____

il _____, dichiaro di essere stata/o informata/o, in modo chiaro ed a me comprensibile, durante la visita ambulatoriale dal dott. _____ che come da **indicazione del medico curante/specialista** è stata richiesta **asportazione di una neoformazione**

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CUOIO CAPELLUTO | | |
| <input type="checkbox"/> VISO | | |
| <input type="checkbox"/> TORACICA | | |
| <input type="checkbox"/> ADDOMINALE | | |
| <input type="checkbox"/> DORSALE | | |
| <input type="checkbox"/> LOMBOSACRALE | | |
| <input type="checkbox"/> PERIANALE | | |
| <input type="checkbox"/> GLUTEA | <input type="checkbox"/> DESTRA | <input type="checkbox"/> SINISTRA |
| <input type="checkbox"/> ARTO SUPERIORE | <input type="checkbox"/> DESTRO | <input type="checkbox"/> SINISTRO |
| <input type="checkbox"/> ARTO INFERIORE | <input type="checkbox"/> DESTRO | <input type="checkbox"/> SINISTRO |

ALTRA _____

Sono stata/o quindi informata/o, in maniera a me comprensibile, che l'intervento chirurgico verrà eseguito in anestesia locale.

Mi verrà richiesto di indicare e confermare la sede della lesione che verrà marcata con un pennarello.

Sono stata/o informata/o dei limiti della procedura e delle possibili complicanze ad esse legate, che possono essere di carattere generale e/o locali.

Fra le **complicanze generali**, sono possibili:

- Complicanze generiche reazioni allergiche

Fra le **complicanze locali**, le più frequenti sono:

- Infezioni cutanee, suppurazione delle ferite chirurgiche sieromi, ematomi
- Nevralgie temporanee e/o persistenti, per irritazione nervosa
- Recidiva
- Sanguinamento precoce o tardivo

Il chirurgo mi ha sufficientemente informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze, con specifico riferimento all'esperienza della sua équipe.

Mi è stato inoltre spiegato che alcune mie caratteristiche mi espongono ad un rischio maggiore:

Mi è stato spiegato, come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi.

Sono stata/o inoltre informata/o che residueranno in ogni caso una o più cicatrici.

Sono consapevole che, qualora si presentasse una situazione di pericolo imminente o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento con la tecnica proposta, i Sanitari porranno in atto tutte le pratiche necessarie per condurre a termine l'intervento in sicurezza, anche modificando il programma terapeutico che mi è stato proposto.

Dichiaro di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo documento che riassume quanto mi è stato spiegato verbalmente.

Dichiaro di aver compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da chiedere.

Consapevole,

Acconsento

Non acconsento

al trattamento chirurgico propostomi che verrà praticato dall'équipe di questa Unità.

Autorizzo

Non autorizzo

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

Autorizzo

Non autorizzo

L'utilizzo di tessuti e /o organi eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica.

Data

Firma del Medico

Firma del paziente