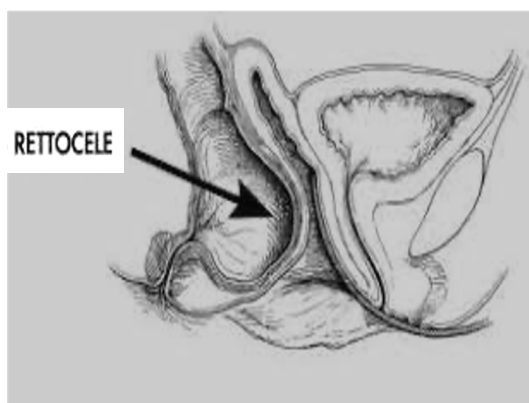


Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____
dichiaro di essere stata informata sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo a me
chiaro e comprensibile dal Dr _____ che, per la patologia riscontratami,
"RETTOCELE" è indicato il trattamento chirurgico.



Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che il Rettocele è una erniazione della parete anteriore del retto in vagina, causata da un indebolimento del setto retto-vaginale, di tipo congenito (raro) od acquisito. Mi è stato detto che le tecniche chirurgiche praticate sono molteplici e **tutte prevedono un rinforzo del setto retto-vaginale** mediante plastica, condotta per via vaginale, rettale (transanale) o perineale o, nei casi associati a patologia del pavimento pelvico, per via addominale (laparotomica o videolaparoscopica), con eventuale uso di materiale protesico. Sono stata chiaramente informata che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, **l'intervento previsto consisterà nella PLASTICA DEL SETTO RETTO-VAGINALE (per via transanale ☐ vaginale ☐ addominale ☐).**

Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario in rapporto alla valutazione intraoperatoria o per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

Mi è stato spiegato che l'intervento può essere eseguito in anestesia generale o spinale, a giudizio dell'anestesista, nel corso di un ricovero di durata variabile con la complessità dell'intervento ed il tipo di anestesia praticata. Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici e gli eventuali rischi prevedibili e mi è stato anche detto della possibilità che il rettocele si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento.

Sono stata informata che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate e/o tardive. Fra le prime le più significative sono:

- la formazione di **ematomi** con successiva, possibile infezione e formazione di ascesso che richiede un drenaggio;
- **sanguinamenti**;
- **fistole retto-vaginali** (per il trattamento di tale complicanza può rendersi necessario il confezionamento di una colostomia temporanea);
- **incontinenza ai gas** (di solito di breve durata);

--- **Infezione** della/e ferita/e.

Fra le complicanze tardive, sono possibili:

--- **incontinenza permanente alle feci ed ai gas**, sia pure molto raramente (anche in questo caso vi è la possibilità del ricorso ad una colostomia);

--- **restringimento dell'aditus vaginale** con difficoltà al coito (nell'accesso per via vaginale).

Il trattamento di queste complicanze può allungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche, anche il reintervento chirurgico.

- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc. Altre complicanze possibili sono: _____

Il chirurgo mi ha informata sufficientemente sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o (_____).

Sono, altresì, informata che in caso di intervento per via addominale o perineale, residueranno una o più cicatrici. Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi. Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente, non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettatomi. Ciò premesso, Dichiaro di essere stata invitata a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce.

Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente:

- ACCONSENTO a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;
- AUTORIZZO i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.
- AUTORIZZO l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;
- ACCONSENTO a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Data.....

Firma del/della Paziente.....

Firma del Medico.....