

SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA

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

AZIENDA/USL..... OSPEDALE DI.....
UNITA' OPERATIVA DI.....Direttore: Prof/Dott.....

Io sottoscritta/o _____, nata/o a _____, il _____
dichiaro di essere stata informata/o, sia durante la prima visita che al momento del ricovero, in modo chiaro e a me comprensibile dal Prof/Dr. _____ che per la patologia riscontratami (**IPERPARATIROIDISMO PRIMITIVO**) è indicato l'intervento chirurgico. Mi è stato chiaramente spiegato che questa malattia consiste nella eccessiva produzione di calcio determinata dall'alterazione di una o più ghiandole paratiroidi (che abitualmente si trovano nel collo) Sono stata/o informata/o che, alle luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una **PARATIROIDECTOMIA** ovvero nell'asportazione della o delle ghiandole malate. Tuttavia, potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, come ad esempio la conversione dell'intervento nella via cervicotomica tradizionale ove esso sia stato iniziato per via mininvasiva o l'apertura del mediastino in caso di esplorazione del collo negativa, quando non si decida di rinviare ad un secondo tempo tale estensione mediastinica, o per la necessità di un migliore studio diagnostico o perché le condizioni generali non lo permettono.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può comportare complicanze quali:

- **la lesione temporanea o definitiva dei nervi laringei** che innervano i muscoli delle corde vocali, con conseguenti alterazioni anche gravi (temporanee o permanenti) della voce e possibili difficoltà respiratorie che potrebbero comportare anche la necessità di una tracheostomia. Le alterazioni fonatorie possono manifestarsi con voce rauca, soffiata, bitonale, di falsetto o anche con alterazioni del timbro, del tono, dell'estensione, dell'intensità e dell'affaticabilità vocale con difficoltà anche ad intonare il canto. A queste alterazioni della voce possono associarsi anche alterazioni deglutitorie.
- **la lesione temporanea o definitiva delle altre ghiandole paratiroidi** con conseguente alterazione (temporanea o permanente) del quantitativo di calcio e fosforo nel sangue e, quindi, la necessità di assumere terapia a base di calcio e vitamina D anche per tutta la vita.
- **emorragie ed ematomi post-operatori** che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico.
- **la persistenza o la recidiva dell'iperparatiroidismo** nel caso in cui fosse presente una o più ghiandole paratiroidi patologiche in soprannumero e/o in sede atipica, ovvero ove il tessuto paratiroideo patologico non fosse identificabile.
- La necessità di dovere **asportare uno o entrambi i lobi tiroidei** in caso di presenza di una ghiandola paratiroidea all'interno della tiroide, ovvero in caso di rinvenimento di patologia paratiroidea maligna o di

riscontro di concomitante patologia tiroidea abbisognevole di asportazione chirurgica, con necessità di un **trattamento ormonale sostitutivo a vita** nel caso di asportazione totale della tiroide

. **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 anestesiologicala, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la chirurgia, ed in particolare quella della tiroide e paratiroidi, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi in quanto sia i nervi laringei sia le ghiandole paratiroidi residue possono andare incontro a sofferenza temporanea o definitiva anche per una serie di cause che prescindono dal corretto trattamento chirurgico (esposizione dei nervi, eventi cicatriziali, sofferenze da freddo o da calore, sofferenza vascolare e altre cause ignote). Sono stata/o informata/o, inoltre, che residueranno una o più cicatrici chirurgiche a livello cervicale e/o toracica..

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, o se si constatassero 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/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce. **Dichiaro**, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti e, quindi, consapevolmente **Acconsento** **Non acconsento** al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità. **Autorizzo** **Non autorizzo** inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato. **Autorizzo** **Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico. Inoltre, **Acconsento** **Non acconsento** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy.

Data _____

Firma del medico

Firma del/la paziente
