

## *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 durante il ricovero, in modo chiaro e a me comprensibile dal Prof/Dr. \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontratami : **IPERPARATIROIDISMO SECONDARIO** è indicato l'intervento chirurgico. Mi è stato spiegato che questa malattia consiste in un ingrandimento delle ghiandole paratiroidi (che si trovano nel collo) conseguente a varie affezioni, fra cui l'insufficienza renale cronica, l'emodialisi ripetuta, ecc. Sono stata/o anche informata/o che, alle luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà in una **PARATIROIDECTOMIA TOTALE CON AUTOTRAPIANTO** , ovvero nell'asportazione di tutte le paratiroidi con un successivo reimpianto nell'avambraccio di una porzione di una ghiandola o in una **PARATIROIDECTOMIA SUBTOTALE**  (asportazione di 3 ghiandole e di  $\frac{3}{4}$  della rimanente ghiandola) sempre che tutte le ghiandole vengano reperite, essendo non infrequenti le anomalie di numero di queste ghiandole e che, tuttavia, potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto al fatto che la terapia medica non riesce più a dominare la malattia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o che questo intervento (che verrà eseguito in **anestesia generale**) 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 della deglutizione.
- **la lesione temporanea o definitiva delle ghiandole paratiroidi eventualmente residue** 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 fossero presenti una o più ghiandole paratiroidi in soprannumero e/o in sede atipica, ovvero ove il tessuto paratiroideo patologico non fosse identificabile ovvero ove la quantità di tessuto paratiroideo asportato non fosse sufficiente.
- La necessità di dovere **asportare uno o entrambi i lobi tiroidei** in caso di presenza di una ghiandola paratiroidea all'interno della tiroide 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, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi in quanto sia i nervi laringei sia le ghiandole paratiroidi 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, intubazione prolungata e altre cause non ancora conosciute). Sono stata/o informata/o, inoltre, che residueranno una o più cicatrici chirurgiche a livello cervicale. 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 oralmente. **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 istopatologica, 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_