



## Modulo di informazione e raccolta consenso per intervento per varici degli arti inferiori

Cod. MOD 83 PGS 05/DS

Rev. 0

Data 15/04/2013

Pagina di 1/2

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dr. \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontratami: **VARICI DEGLI ARTI INFERIORI** è indicato l'intervento chirurgico.

Sono stata/o informata/o che questa malattia consiste nella dilatazione delle vene superficiali dell'arto inferiore con perdita della funzione di drenaggio del sangue. Tale situazione può portare a trombosi, flebiti ed ulcere cutanee.

Mi è stato chiaramente spiegato che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento consisterà in una **SAFENECTOMIA** (ovvero nell'asportazione della vena safena, una lunga vena dell'arto inferiore, mediante una o più incisioni) e/o nella **LEGATURA delle vene PERFORANTI e/o FLEBECTOMIE MULTIPLE** (asportazione delle principali varici collaterali e/o occlusione endoluminale e/o iniezioni sclerosanti) e che tuttavia, potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria.

Di quanto propositomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative quale la terapia medica), gli eventuali rischi/o menomazioni prevedibili. Mi è stato anche spiegato che a volte può essere conveniente lasciare parte delle varici, perché più facilmente trattabili con altre terapie ( sclerosi, compressione elastica ) e che le varici possono ricomparire a distanza di tempo anche se completamente asportate.

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

- **emorragie ed ematomi postoperatori** che potrebbero comportare anche la necessità di un intervento a scopo emostatico.
- **lesione accidentale dei vasi femorali o poplitei** durante la fase di crossectomia allargata alle collaterali per presenza di varianti anatomiche e/o eccesso di dilatazione delle strutture venose.
- **lesione temporanea o definitiva del nervo safeno** che potrebbe comportare parestesie a carico dell'arto operato.
- **trombosi venosa profonda e/o superficiale** a carico dell'arto omo o controlaterale nel caso di prolungato alettamento oppure per presenza di varici a carico dell'arto controlaterale e/o coesistenza di fattori predisponenti la trombofilia.
- **rischio di infezione delle ferite chirurgiche**, più frequente a carico dell'inguine, per un eccesso di sudorazione e di attrito .
- **lesioni superficiali della cute** dovute ad un eccesso di elastocompressione, a volte resa necessaria per un miglior controllo emostatico.
- **transitoria comparsa di dolore ed edema postoperatorio** a carico dell'arto operato
- **risultato estetico finale scadente** dovuto a flebectomie multiple rese necessarie per il completo trattamento del caso o ad alterati meccanismi di cicatrizzazione, soprattutto in presenza di dermatiti.
- **cicatrici antiestetiche**, in particolare se già presente sofferenza cutanea.
- **complicanze generiche** ( a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, intestino ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale od epatica o respiratoria o sistemiche ( diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra chirurgica, farmacologica.

Altre complicanze possono essere: \_\_\_\_\_



## Modulo di informazione e raccolta consenso per intervento per varici degli arti inferiori

Cod. MOD 83 PGS 05/DS

Rev. 0

Data 15/04/2013

Pagina di 2/2

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 delle varici, benchè eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi. Tali rischi possono inoltre essere accresciuti dalle eventuali patologie associate da cui sono affetto/a: \_\_\_\_\_

Sono stata/o informata/o inoltre, che residueranno una o più cicatrici chirurgiche là dove sarà necessario eseguire le incisioni per l'isolamento e l'asportazione delle vene varicose.

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 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 miglior sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettato.

Ciò premesso,

Io sottoscritto..... in qualità di:

- Diretto interessato all'atto medico
- Tutore di .....
- Esercente la potestà sul minore .....

A seguito delle informazioni ricevute

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

**Acconsento**

**Non Acconsento**

a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

**Autorizzo**

**Non 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.

**Acconsento**

**Non 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 sulla privacy.

**Data** .... / .... / .....

**Firma del paziente** .....

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

**Data** .... / .... / .....

**Firma del medico proponente** .....