

**Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico
consigliata dalla S.I.C.**

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 SURRENALICA riscontratami: _____ è
indicato l'intervento chirurgico. Mi è stato chiaramente spiegato che la massa surrenalica di cui
sono portatrice/tore è benigna ☐ certamente o probabilmente maligna ☐ iperfunzionante ☐ non
funzionante ☐

Sono stata/o informata/o che, alle luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto
consisterà in una: **SURRENECTOMIA_Dx** ☐ **Sin.** ☐ **Bilaterale** ☐ **Per via Laparoscopica** ☐
Laparotomica ☐, che esso verrà effettuato in **anestesia generale** e che, tuttavia, potrebbe essere
necessario, modificare l'intervento chirurgico in rapporto alla valutazione intraoperatoria, sia
allargando l'exeresi ad altri organi o strutture vicini (rene, pancreas, milza, ecc.) sia convertendo la
via laparoscopica in laparotomia, in rapporto alla valutazione intraoperatoria o per motivi tecnici..

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

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

- **lesioni della milza**, soprattutto in caso di surrenectomia sinistra, con conseguente eventualità
di dover praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un
incremento delle piastrinemia, con rischio di trombosi, e, nei soggetti giovani, disturbi
dell'immunità e tendenza alle infezioni .

- **lesioni pancreatiche** con conseguente **pancreatite acuta**, soprattutto in caso di surrenectomia
sinistra,

- **emorragie ed ematomi post-operatori, nonché lesioni dei grossi vasi addominali**, che
potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero di
emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico

- la insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**.

- la formazione di **laparoceli** in corrispondenza della incisione chirurgica, che eventualmente può
necessitare di un intervento ricostruttivo di plastica della parete.

- la **conversione in via laparotomica**, ove l'intervento venga iniziato per via endoscopica, nel
caso in cui esso non sia eseguibile per difficoltà tecniche o per l'insorgenza di complicanze non
risolvibili endoscopicamente.

- la formazione di un **versamento pleurico** e/o di **pneumotorace**, con eventuale necessità di un
drenaggio pleurico, sia in caso di intervento praticato per via laparoscopica che per via
lombotomica.

- L'insorgenza di alterazioni intraoperatorie della pressione arteriosa (**crisi ipertensive**,
ipotensione), con possibile insorgenza di **accidenti cerebro-cardio-vascolari** (ictus cerebrali,
aritmie cardiache, infarto miocardio, scompenso cardiaco), soprattutto in caso di intervento per
Feocromocitoma.

- La eventuale necessità di un **reintervento** cosiddetto di completamento, ove l'esame istologico
definitivo evidenzi la presenza di una patologia neoplastica maligna non altrimenti prevedibile.

- La eventuale necessità di **exeresi allargate agli organi vicini** (fegato, milza, rene, pancreas, diaframma, intestino) ove le condizioni riscontrate intraoperatoriamente lo richiedano.
- **infezione** della/e ferita/ chirurgica/che
- **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), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica ecc.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

Sono stata/o informata/o che, in seguito all'intervento, non è possibile prevedere una risoluzione completa e certa del quadro di ipertensione arteriosa, ove presente e che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) spiegandomi come la chirurgia, indipendentemente dalla via di accesso, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che l'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o: _____.

Sono stata/o informata/o, inoltre, nel caso in cui venga sottoposto/a ad intervento di rimozione di un surrene patologico secernente corticosteroidi, della necessità di assumere una terapia a base di ormoni cortisonici, per un periodo variabile, anche a vita, soprattutto in caso di surrenectomia bilaterale, al fine di prevenire un ipocorticosurrenalismo acuto. Sono altresì informato/a che in ogni caso residuerà una o più cicatrici a livello addominale e/o lombare

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. 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