

CONSENSO ALL' INTERVENTO CHIRURGICO

Io sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____ chiedo di essere sottoposto/a ad intervento di _____

A tale proposito dichiaro che:

Ho avuto modo di discutere in maniera adeguata ed esauriente le caratteristiche dell' intervento in questione con il dott. Thione Alessandro, che ha esposto in termini a me pienamente comprensibili le tecniche attualmente disponibili per l' effettuazione dell' intervento da me desiderato e tutte le alternative terapeutiche, inclusa la possibilità di non sottopormi ad intervento chirurgico e le eventuali conseguenze di quest' ultima opzione;

Ho avuto ampia e dettagliata spiegazione dei rischi correlati agli interventi chirurgici in generale (con particolare riguardo a: infezione, rischio anestesilogico, ematomi, cicatrizzazione patologica) e di quelli specificamente correlati con l' intervento a cui intendo sottopormi. La lista di questi ultimi include:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Per ognuno dei rischi correlati all' intervento chirurgico mi è stata data spiegazione della frequenza con cui si può verificare e delle eventuali terapie a cui potrei avere necessità di sottopormi per il trattamento delle sopravvenute complicanze. Tra queste sono incluse: terapia antibiotica e farmacologica in genere, revisione chirurgica immediata, revisione chirurgica a distanza di tempo. Resta inteso che il costo di queste eventuali terapie sarà a mio carico per la parte che eventualmente riguarderà i farmaci, il materiale sanitario (es. protesi) ed i costi di sala operatoria e/o ricovero nel caso di revisioni chirurgiche, mentre nulla sarà dovuto al dott. Thione Alessandro, il cui compenso per l' intervento è comprensivo dell' eventuale necessità di fornire ulteriori terapie.

Autorizzo la ripresa e l' archiviazione assieme ai miei dati clinici di fotografie preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie del mio caso. Tale autorizzazione è intesa per i soli fini medico-legali e ne sono specificamente esclusi gli utilizzi sia scientifici che divulgativi se non dietro una mia autorizzazione aggiuntiva scritta;

Mi è stata data ampia spiegazione dei controlli clinici a cui dovrò sottopormi successivamente all' intervento e della loro durata e frequenza nel tempo. Sono consapevole che il mancato rispetto da parte mia delle indicazioni e dei controlli successivi all' intervento potrebbe compromettere il risultato dell' intervento stesso e/o alterarlo imprevedibilmente. Successivamente alla mia visita con il dott. Thione Alessandro ed alla mia discussione con lui, ho avuto tempo più che sufficiente per valutare adeguatamente e con tranquillità le informazioni ricevute, nonché i rischi ed i benefici dell' intervento a cui desidero sottopormi. In conseguenza di quanto dichiarato e del rapporto di piena fiducia instauratosi, autorizzo il dott. Thione Alessandro ed i suoi collaboratori ad effettuare l' intervento di _____ , da eseguirsi in anestesia

Autorizzo altresì il dott. Thione Alessandro all' effettuazione di tutte le eventuali procedure e terapie di urgenza che, a suo giudizio, si dovessero rendere necessarie per la mia sicurezza durante l' intervento chirurgico.

Città: _____

Data: _____

FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE

FIRMA DEL MEDICO