



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
CHIRURGIA AMBULATORIALE**

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Centro Medico Rinascimento

Via Braccianese Claudia 58/a

00062 Bracciano RM

Tel 06 86661332 – 0696741131

Whatsapp 3332211574 - 3892089338 - 3275586281

Info@centromedicatorinascimento.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	___ / ___ / ___		
Doc. d'identità		n.		del	___ / ___ / ___
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome del medico)					
Effettuato il	___ / ___ / ___		Relativamente al seguente atto sanitario proposto: (barrare le eventuali caselle del trattamento da effettuare)		

1. Stato clinico e indicazione al trattamento

Il/La paziente è stato/a informato/a in modo chiaro, completo e comprensibile circa:

- la propria condizione clinica;
- la diagnosi o il sospetto diagnostico;
- l'indicazione al trattamento chirurgico proposto:

2. Descrizione della procedura

È stato/a informato/a che:

- l'intervento sarà eseguito in **anestesia locale**;
- la procedura verrà effettuata in regime ambulatoriale;
- in assenza di complicanze, è prevista la dimissione nella stessa giornata.

3. Finalità e benefici attesi

La procedura ha finalità diagnostiche e/o terapeutiche, con l'obiettivo di:

- trattare la patologia riscontrata;
- migliorare la sintomatologia;
- prevenire eventuali complicanze evolutive.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO CHIRURGIA AMBULATORIALE

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

4. Limiti della procedura

È stato/a informato/a che:

- nessuna procedura chirurgica può garantire con assoluta certezza il risultato;
- esiste la possibilità di insuccesso o di risultato non pienamente soddisfacente;
- potrebbero rendersi necessari ulteriori trattamenti o controlli.

5. Rischi e possibili complicanze

Sono stati illustrati i principali rischi connessi alla procedura, tra cui:

Complicanze intraoperatorie

- lesioni vascolari;
- lesioni nervose con possibili parestesie o anestesi.

Complicanze postoperatorie

- emorragia, anche con possibile necessità di revisione chirurgica;
- sieroma, con eventuale necessità di drenaggio;
- dolore in sede di intervento;
- parestesie, disestesie o anestesi, anche persistenti;
- alterazioni funzionali;
- infezioni della ferita chirurgica;
- ritardi di cicatrizzazione;
- cicatrici patologiche (ipertrofiche o cheloidee), anche retraenti.

È stato inoltre chiarito che l'incidenza delle complicanze può aumentare in presenza di patologie concomitanti:

6. Esiti cicatriziali

È stato/a informato/a che l'intervento comporterà inevitabilmente la formazione di una o più cicatrici, con caratteristiche variabili in base a fattori individuali.

7. Alternative terapeutiche

Sono state illustrate, ove applicabili, le possibili alternative al trattamento proposto, inclusa l'eventuale non esecuzione dell'intervento, con i relativi rischi e benefici.

8. Facoltà di scelta del paziente

Il/La paziente è stato/a informato/a che:

- può porre domande e richiedere ulteriori chiarimenti;
- può rifiutare il trattamento proposto;
- può revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione della procedura, senza pregiudizio per il diritto alle cure.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO CHIRURGIA AMBULATORIALE

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto dal medico adeguate, chiare, complete e comprensibili informazioni in merito alle proprie condizioni cliniche attuali, nonché agli accertamenti diagnostici e/o alla procedura chirurgica di asportazione proposta;
- di aver compreso finalità, modalità di esecuzione, indicazioni cliniche, benefici attesi, possibili alternative terapeutiche, limiti diagnostici e i potenziali rischi e complicanze, anche se rari, connessi alla visita specialistica e/o all'eventuale procedura;
- di aver effettuato un colloquio informativo con il medico della durata indicativa di ____ minuti, ritenuto adeguato alla natura della prestazione, durante il quale ha potuto porre domande e ricevere risposte esaurienti e comprensibili;
- di essere stato/a informato/a circa la possibilità di rifiutare o revocare il presente consenso in qualsiasi momento, prima dell'esecuzione della prestazione sanitaria, senza pregiudizio per il prosieguo dell'assistenza;
- di acconsentire, pertanto, all'esecuzione della visita specialistica di chirurgia generale e, ove indicato, alla procedura di asportazione. Pertanto, acconsento all'esecuzione di:

- ☐ Visita di chirurgia generale
- ☐ Eventuale asportazione chirurgica ambulatoriale
- ☐ Eventuale anestesia locale
- ☐ Eventuale invio del materiale per esame istologico

- ☐ ACCETTO, liberamente e spontaneamente, il trattamento proposto
- ☐ NON ACCETTO, consapevole dei rischi del rifiuto
- ☐ REVOCA (compilare in caso di revoca)

Data			
Firma della persona assistita			
Firma del medico			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

NEL CASO DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome testimone _____ Firma _____
Nome Cognome testimone 2 _____ Firma _____



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
CHIRURGIA AMBULATORIALE**

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Il/La sottoscritto/a (genitore/tutore)

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente in: _____

in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore legale

DICHIARA

di aver ricevuto tutte le informazioni relative alla visita chirurgica e agli eventuali interventi correlati

☐ ACCONSENTE

☐ NON ACCONSENTE

allo svolgimento degli accertamenti sul minore:

Nome e Cognome del minore: _____

Data di nascita: _____

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____