

**Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 3488400274. gus.mascotti@tiscali.it**  
**Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.**  
**Responsabile dell'Unità Operativa di Ginecologia del Policlinico San Marco di Zingonia (BG)**

**CONSENSO INFORMATO PER CONIZZAZIONE CERVICALE, MINICONIZZAZIONE, CILINDRIZZAZIONE, LEEP.**

Attesto di sapere che i rischi associati all'intervento dipendono da vari fattori:

- a) Tipo di lesione (piccola, estesa, focale, multicentrica, etc)
- b) Anatomia della cervice (collo lungo, largo, deforme, vasto ectropion, etc.)
- c) Strumentale e tecnica: elettrodi, ago fine, anse, lama fredda, etc.
- d) Condizioni cliniche generali e trattamenti in corso della paziente: diabete, ipertensione, cardiopatia, anticoagulanti, coagulanti, antidepressivi, corticoidi, etc.
- e) Tecnica e tempo dell'intervento (lama fredda, LEEP, laser, pezzo unico, più pezzi, etc.).
- f) Tipo di anestesia (locale, sedazione, generale) e farmaci, allergie ed intolleranze.
- g) Imponderabili e successione di eventi sfavorevoli.

La firma di questo consenso informato attesta che:

- mi sono informata ed ho visitato il vostro sito: [www.gustavomascotti.com](http://www.gustavomascotti.com);
  - ho letto attentamente e/o mi è stato letto e spiegato esaurientemente l'opuscolo informativo;
  - ho avuto un colloquio preliminare e/o mi è stato spiegato in maniera a me comprensibile l'intervento chirurgico, mi è stata spiegata la tecnica, ho compreso i rischi, eventuali complicanze (anche quelle tardive), alternative e limiti all'intervento proposto;
  - ho capito la strategia diagnostico – terapeutica della lesione citologica e/o istologica della cervice, accettato tutti i rischi e sono d'accordo con quanto mi è stato proposto, tanto dal punto di vista chirurgico come dei controlli che dovrò effettuare in futuro o nuovi e diversi interventi successivi;
  - autorizzo ad estendere eventualmente l'intervento e/o convertirlo in via laparotomica o laparoscopica, qualora insorgessero complicanze e/o nuove malattie precedentemente non note;
  - ho avuto il tempo necessario a prendere ogni decisione e tutte le informazioni che desideravo, così come ampia opportunità di fare le domande che ho ritenuto indispensabili;
  - ho preso la decisione di sottopormi all'intervento propostomi senza pressioni;
  - ho avuto l'opportunità di effettuare eventuali consulti con altri professionisti di mia fiducia, prima di autorizzare ad eseguire l'intervento propostomi;
  - è possibile che la lesione cervicale venga sovratrattata (cervicite) o sottotrattata (Npl. Infiltrante),
  - è possibile la persistenza di malattia e/o la recidiva e permanenza dell'infezione da HPV,
  - è possibile che mi deva essere effettuato un secondo intervento per completare il trattamento,
  - saranno necessari controlli specifici (follow-Up) nel tempo di 3 a 5 anni,
  - se pur remota, non è esclusa la possibilità di sviluppare in futuro, una neoplasia invasiva della cervice, vagina, ano, perineo, del cavo orale, esofago o della vulva.
  - la mia capacità riproduttiva possa risentire dalla conizzazione, indipendentemente della tecnica.
- Infine, attesto di aver letto e/o mi sia stato letto, ed abbia capito il presente Consenso Informato.

[ SI ] ACONSENTO / [ NEGO ] NON ACONSENTO all'intervento:.....

.....

Firma della paziente:

Firma del genitore, tutore o eventuale testimone:

Firma del medico che ha raccolto il consenso informato:

Data: