

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 348.8400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ginecologia ed Ostetricia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità Operativa di Ginecologia del Policlinico San Marco di Zingonia (BG)

CONSENSO INFORMATO PER VIDEO - COLPOISTERECTOMIA (Per prolasso)

Dichiaro di essere consapevole che:

La VIDEO - COLPOISTERECTOMIA si effettua in combinazione con la via laparoscopica e vaginale. Molto frequentemente, si dovrà associare ad interventi di plastica statica del pavimento pelvico: colpoperineoplastica anteriore (Kelly) e/o colpoperineoplastica posteriore.

L'intervento viene proposto per trattare il prolasso genitale ed eventuale associazione del prolasso della vescica (cistocele) e del rettocele vaginale. (Indicazione generalmente NON oncologica)

L'intervento si considera adeguato in patologia oncologica, solo per casi particolari colpiti da certi tipi di tumori dell'endometrio.

I rischi associati all'intervento dipendono da vari fattori:

- a) Utero ed annessi: volume, posizione, aderenze, etc.
- b) Tecniche combinate: laparoscopica + vaginale.
- c) Strumentale: monouso / multiuso, monopolare / bipolare, fili, elettro-bisturi, etc.
- d) Trattamenti precedenti: trattamenti farmacologici ed ormonali.
- e) Tempo operatorio, tipologia dell'intervento e post-operatorio.
- f) Condizioni cliniche di base (diabete, ipertensione, allergie, età, etc.).
- g) Complicanze dipendenti dall'anestesia e farmaci utilizzati, allergie ed intolleranze.
- h) Imponderabili e successione di eventi sfavorevoli.

Le caratteristiche del monitoraggio post-operatorio e tempo di ricovero sono generalmente ottimamente tollerate e l'unico disturbo viene dato dalla permanenza catetere vescicole (2-3 gg).

Le complicanze più comuni (seppur rare) sono: l'emorragia (ragion per cui si dovrà pre-autorizzare o negare esplicitamente l'eventuale possibilità di usare emoderivati e sangue), trombosi, embolie, disturbi urinari e fistole.

Con la laparoscopia si procede all'asportazione delle ovaie, tube e parte alta dell'utero, mentre per via vaginale si procede con l'asportazione dell'utero ed annessi e con le eventuali tecniche di correzione del cisto e/o rettocele.

Non si può escludere a priori l'allargamento dell'intervento o la conversione in laparotomia, in presenza di eventuali complicanze tecniche, aderenziali, emorragiche o riscontro di malattie non precedentemente note.

In tutti i casi trattati con conservazione ovarica, le malattie cistiche ed ovariche che si possano presentare in futuro, non avranno relazione all'isterectomia.

Seppure molto raramente, la diagnosi istologica definitiva potrebbe riscontrare una malattia neoplastica inizialmente misconosciuta e conseguentemente si dovrà ri-operare o trattare adeguatamente in un secondo tempo.

Molto frequentemente alla video-colpoisterectomia si associa un intervento di colposospensione anteriore secondo tecnica di Kelly e/o di colpoperitoneoplasica posteriore per una migliore riuscita.

L'intervento proposto possiede una provabilità del 20 % di recidiva di cistocele, di prollasso della cupola, o di alterazioni della minzione residuale.

La firma a questo consenso informato attesta contestualmente che:

- ho avuto un colloquio preliminare e/o visitato il vostro sito: www.gustavomascotti.com;
- ho letto attentamente e/o mi sono stati letti e spiegato esaurientemente gli opuscoli e le schede informative riguardante la tipologia d'intervento scelta per trattare mio caso particolare;
- mi è stata spiegata (in forma a me chiaramente comprensibile) la tecnica, ho compreso ed accettato i rischi, eventuali complicanze; mi sono stati spiegate le alternative e limiti dell'intervento previsto, e sono d'accordo con quanto mi è stato proposto, tanto dal punto di vista chirurgico come per quanto riguardano i controlli che dovrò effettuare nel post-operatorio immediato e tardivo,
- autorizzo ad estendere eventualmente l'intervento e/o convertirlo, qualora insorgessero complicanze e/o nuove malattie precedentemente non note;
- ho avuto il tempo per riflettere ed ottenuto tutte le informazioni che desideravo, così come ampia opportunità di fare tutte le domande che ho ritenuto indispensabili e ricevuto risposte soddisfacenti in un linguaggio a me chiaro;
- ho preso la decisione di sottopormi all'intervento propositomi senza pressioni né coercizioni;
- ho avuto l'opportunità di effettuare eventuali consulti con altri professionisti di mia fiducia, prima di autorizzare ad eseguire l'intervento proposto.

Attesto di aver letto e/o mi sia stato letto molto attentamente, e di aver capito il presente Consenso Informato e gli opuscoli informativi che riguardano il mio caso.

[SI] **ACONSENTO.**

[NEGO] **NON ACONSENTO**

Autorizzazione preventiva per l'utilizzo di SANGUE ED EMODERIVATI:

[SI] **ACCETTO.**

[NEGO] **NON ACCETTO**

NOTE:.....
.....

Firma della paziente:

Firma del genitore, tutore o eventuale testimone:

Firma del medico che ha raccolto il consenso informato:

Data: