

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 348.8400274. 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: CHIRURGIA GINECOLOGICA ONCOLOGICA

Io sottoscritta:.....
nata a:.....il:.....
dichiaro liberamente ed in piena capacità di intendere e di volere di essere stata informata in modo esauriente e chiaro, con un linguaggio a me comprensibile, della situazione clinica di cui sono affetta:.....
.....

Dal colloquio intercorso con il Dr.....
sono anche stata ulteriormente informata sulle finalità della terapia e/o intervento propostomi di:
.....

Sono stata adeguatamente informata sulla tecnica chirurgica proposta, le alternative, possibili complicanze, rischi correlati e conseguenze di ogni mia decisione.

Sono consapevole che nel corso della chirurgia verranno eseguiti esami istologici estemporanei che potrebbero modificare il tipo d'intervento, effettuare procedure addizionali, e/o asportazione di altri tessuti ed organi. Che sono anche soggetta alla possibilità di effettuare ulteriori terapie ed interventi per completarlo, trattare recidive ed anche interventi palliativi. Che l'intervento propostomi potrà risultare sottodimensionato o sovradimensionato, in relazione all'esito istologico definitivo.

Sono consapevole che l'intervento propostomi è associato ad un aumento delle possibilità di complicanze come: emorragie, trombosi, embolie, infezioni, lesioni di organi vicini (intestino, vescica ed ureteri), fistole, ritardo ed alterazioni della cicatrizzazione, linfocele ed altre.

Dichiaro contestualmente di aver avuto la possibilità di riflettere su tutte le informazioni ricevute, di aver letto e/o mi siano stati spiegati gli opuscoli informativi e schede informative del sito: www.gustavomascotti.com; che riguardano il mio caso clinico e possibilità di terapie, come di aver avuto la libertà di consultarmi con un medico di mia fiducia, prima di firmare il presente Consenso senza pressioni ne' coercizioni.

[SI] **ACCONSENTO**

[NEGO] **NON ACCONSENTO**

Eventuali RISERVE:.....
.....

A sottopormi alla prestazione medico professionale propostami.

Firma della paziente:

Firma del genitore, tutore o eventuale testimone:

Firma del medico che ha raccolto il Consenso:

Data: