

**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 ISTERECTOMIA LAPAROTOMICA:**

### **Dichiaro di essere consapevole che:**

L'ISTERECTOMIA può essere effettuata in via laparoscopica o **laparotomica**.

I rischi associati all'intervento dipendono da vari fattori:

- a) Utero: volume, posizione, aderenze, etc.
- b) Tecnica decisa e pattuita come più opportuna: LAPAROTOMICA .
- c) Tipo d'incisione: verticale / trasversale (Pfannesitel).
- d) Strumentale: monouso / multiuso, monopolare / bipolare, fili, elettro-bisturi, etc.
- e) Trattamenti precedenti: trattamenti farmacologici ed oromonal.
- f) Tempo operatorio, tipologia dell'intervento e post-operatorio.
- g) Condizioni cliniche di base (diabete, ipertensione, allergie, età, etc.).
- h) Complicanze dipendenti dall'anestesia e farmaci utilizzati, allergie ed intolleranze.
- i) Imponderabili e successione di eventi sfavorevoli.

Le caratteristiche del monitoraggio post-operatorio e tempo di ricovero dipenderanno della tecnica laparotomica, dell'incisione, della patologia di base per cui si viene sottoposta ad isterectomia e dall'eventuale insorgenza di complicanze.

La complicanza più comune (seppur rara in nostro centro) è l'emorragia; ragion per cui si dovrà pre-autorizzare o negare esplicitamente l'eventuale possibilità di usare emoderivati e sangue.

Le tecniche laparotomiche prevedono di effettuare una incisione chirurgica (taglio) a livello dell'addome (preferibilmente basso ed orizzontale –Pfannestiel-) Non si potrà escludere l'allargamento dell'incisione in eventuali complicanze tecniche, aderenziali, emorragiche o riscontro di malattie non precedentemente note.

L'isterectomia, per riscontro di alterazioni ovariche, complicanze emorragiche o tecniche, potrà essere convertita intraoperatoriamente in annesso-isterectomia (asportazione totale dell'utero, delle ovaie e delle tube – annessi-)

In tutti i casi trattati con conservazione ovarico, le malattie cistiche ed ovariche in generale si potranno presentare in futuro senza relazione all'isterectomia. Seppure molto raramente, se con la diagnosi istologica definitiva si riscontrasse una malattia neoplastica inizialmente misconosciuta, si dovrà ri-operare o trattare adeguatamente in un secondo tempo.

Nell'ipotesi di riscontro intraoperatorio di una patologia neoplastica all'esame estemporaneo, si deva procedere con un intervento chirurgico ampio, con eventuale asportazione di altri organi e linfonodi ed eventuali altre terapie specifiche nel postoperatorio immediato e tardivo.

L'isterectomia comporta sterilità permanente e l'annesso-isterectomia totale, lo stato menopausale.

**La firma a questo consenso informato attesta contestualmente che:**

- ho avuto un colloquio preliminare e/o visitato il vostro sito: [www.gustavomascotti.com](http://www.gustavomascotti.com);
- ho letto attentamente e/o mi sono stati letti e spiegato esaurientemente gli opuscoli informativi riguardante la tipologia d'isterectomia scelta nel 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, sempre via laparotomica, 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 chiare;
- ho preso la decisione di sottopormi all'intervento propositomi senza pressioni esterne né vincoli;
- 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 l'isterectomia laparotomica.**

[ 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: