

**Dr. Gustavo Mascotti.**

**02.70601599 – 348.8400274. gus.mascotti@tiscali.it**

**Medico Chirurgo. 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 MIOMECTOMIA ISTEROSCOPICA:**

Dichiaro di essere consapevole che:

La miomectomia in isteroscopia è tra gli interventi più complessi e complicati.

I rischi associati all'intervento dipendono da vari fattori:

- a) Mioma o fibroma: volume del mioma ( da pochi mm a qualche cm), posizione del mioma e la sua profondità nel miometrio (sottomucoso: M1/M2).
- b) Liquido di distensione: soluzione fisiologica o manitolo / sorbitolo. (non usiamo glicina)
- c) Strumentale: monouso / multiuso, monopolare / bipolare, anse non elettrificate, etc.
- d) Trattamenti precedenti: trattamenti farmacologici ed ormonali specifici.
- e) Tecnica e tempo dell'intervento (particolarmente: rischio d'intravasazione)
- f) Condizioni cliniche di base della paziente (monitorate nel pre-operatorio).
- g) Complicanze dipendenti dal tipo di anestesia e farmaci, allergie ed intolleranze.
- h) Imponderabili e successione di eventi sfavorevoli.

Sarò sottoposta a particolare monitoraggio post-operatorio e controlli specifici serrati.

Alcune miomectomie richiedono più sedute operatorie per il loro completamento.

**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 è stato letto e spiegato esaurientemente gli opuscoli informativi;
- mi è stata spiegata (in un linguaggio a me comprensibile) la tecnica, ho compreso ed accettato i rischi, eventuali complicanze, ho capito 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, in via laparoscopica o laparotomica, qualora insorgessero complicanze e/o nuove malattie precedentemente non note;
- ho avuto il tempo necessario per riflettere ed ottenuto tutte le informazioni che desideravo così come ampia opportunità di fare tutte le domande che ho ritenuto indispensabili e conseguentemente ricevuto risposte a me chiare e soddisfacenti;
- 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, ed ho capito il presente Consenso Informato.**

[ SI ] **ACONSENTO.**

[ NEGO ] **NON ACONSENTO**

Firma della paziente:

Firma del genitore, tutore o eventuale testimone:

Firma del medico che ha raccolto il consenso informato:

Data: