

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 PER MIOMECTOMIA (Generale):

Dichiaro di essere consapevole che:

La miomectomia può essere effettuata in via isteroscopica, laparoscopica o laparotomica.

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, caratteristiche morfologiche e vascolarizzazione, etc.
- b) Tecnica decisa e pattuita opportuna: isteroscopia / laparoscopica / laparotomia.
- c) Liquido di distensione: soluzione fisiologica o manitolo / sorbitolo per l'isteroscopia e CO2 per la laparoscopica.
- d) Strumentale: monouso / multiuso, monopolare / bipolare, anse, bisturi, etc.
- e) Trattamenti precedenti: trattamenti farmacologici ed ormonali specifici.
- f) Tempo operatorio, tipologia dell'intervento e post-operatorio.
- g) Condizioni cliniche di base della paziente (diabete, ipertensione, allergie).
- h) Complicanze dipendenti dal tipo di anestesia e farmaci, allergie ed intolleranze.
- i) Imponderabili e successione di eventi sfavorevoli.

Le caratteristiche del monitoraggio post-operatorio e tempo di ricovero dipenderanno della tecnica e dell'eventuale insorgenza di complicanze.

La complicanza più comune è l'emorragia. Si dovrà pre-autorizzare o negare esplicitamente l'eventuale possibilità di usare emoderivati e sangue.

Mentre l'isteroscopia utilizza gli orifizi naturali, la laparoscopia necessita di effettuare un minimo di tre orifizi (o più) a livello dell'addome, la laparotomia si effettua con una incisione a livello dell'addome basso.

L'Isteroscopia può convertirsi in laparoscopica ed eventualmente in laparotomia (taglio / addome aperto) ma anche una miomectomia iniziata in via laparoscopica potrà convertirsi in via laparotomica.

Come rischio ulteriore, ho considerato la possibilità remota di autorizzare, in caso di urgenza o necessità estrema, all'isterectomia (asportazione dell'utero)

In tutti i casi trattati con conservazione dell'utero, la miomatosi o fibromatosi ed adenomiosi si possa riformare. Seppure molto raramente, se con la diagnosi istologica definitiva si riscontrasse una malattia neoplastica, si dovrà ri-operare.

La firma a questo consenso informato attesta 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 informativi riguardante la tipologia di miomectomia scelta nel mio caso particolare;
- mi è stata spiegata (a me chiaramente) 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, come dal fatto che per 6 mesi dopo l'intervento NON dovrò rimanere gravida e sarà mia premura seguire un'anticoncezione transitoria sicura ed efficace;
- 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 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 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, ed ho capito il presente Consenso Informato.

[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: