

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI	Mod. 0006	Pag. 1 di 2
		Parola chiave:	CH. GEN 22
		Rev. 06	del 17/11/2025

**In conformità alle Linee Guida del Collegio Italiano di Fleblologia agosto 2013
Unità Funzionale di Chirurgia Vascolare**

PAZIENTE:

COGNOME _____ **NOME** _____

NATO/A A _____ **IL** _____

RESIDENTE IN _____

DICHIARA

- di essere stato informato dal Dott _____ di essere affetto da _____
che necessitano di trattamento chirurgico di _____
- di essere stato informato dai possibili tipi di trattamenti della patologia da cui sono affetto; delle relative tecniche di esecuzione, dei benefici e rischi e delle possibili complicanze, anche vitali, di ciascuno di essi, e delle possibili conseguenze in caso di ritardo o rifiuto del trattamento chirurgico.

COMPLICANZE MAGGIORI

Embolia polmonare, trombosi venose profonde, tromboflebiti superficiali, lesioni neurogene degli arti inferiori sia per lesione diretta o da posizione operatoria, necrosi cutanee, linforrea, linfocele, infezioni con possibili deiscenze, sepsi. Emorragia intra-operatoria più o meno grave e che può comportare anche la necessità di emotrasfusione con i rischi connessi, shock anafilattico da farmaci compreso le sclerosanti intra-operatorie, rischio vitale.

COMPLICANZE MINORI

Ematomi di gamba e di coscia che possono persistere anche per mesi, edemi di caviglia e piede che possono persistere anche per mesi, pigmentazioni che possono persistere anche per mesi in qualche caso durature, teleangectasie, parestesie degli arti inferiori che possono perdurare per mesi e talora essere duraturi, iperestesie che possono persistere per mesi e talora duraturi, nevralgie cutanee o assenza di sensibilità persistente per mesi, in qualche caso definitive anche con tecnica chirurgica che limita al massimo tali rischi dovuta a varianti anatomiche non identificabili preoperatoriamente.

COMPLICANZE TARDIVE

Ritardi di cicatrizzazione, apertura di ferite chirurgiche, infezioni a livello delle incisioni cutanee (in particolare in paziente diabetici, obesi, sovrappeso e con epatopatie ed altre malattie sistemiche, cheloidi cicatriziali, discromie persistenti).

Comparsa di flittene (vescichette cutanee) dovute all'utilizzo di prodotti adesivi che non sono prevedibili prima. Persistenza di varici, comparsa di varici recidive o di nuove varici anche in presenza di interventi chirurgici eseguiti correttamente, lesione del nervo safeno e del nervo surale che può durare qualche mese ma persistere anche per anni ed indefinitamente, linfedema cioè stasi linfatica che determina edema e gonfiore dell'arto e che in genere regredisce nei mesi ma qualche volta può persistere.

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
<i>Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542</i> Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI	Mod. 0006	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: CH. GEN 22	
		Rev. 06	del 17/11/2025

COMPLICANZE RARE

Lesione accidentale di vasi venosi profondi o di vasi arteriosi in corso di intervento. Danni neurologici conseguenti ai nervi che si trovano in zona di cavo popliteo e che possono interferire con la motricità e la sensibilità del piede.

In ogni caso la malattia varicosa è una malattia cronica, evolutiva e pertanto con possibilità di recidive varicose o comparsa di nuove varici nelle sedi trattate e in altre sedi.

Le attuali tecniche operatorie sono tali da ridurre a percentuali assolutamente minime tutte le complicanze sopra citate. Si ricorda solo che l'uso di tecnica scleroterapica con schiuma può determinare possibili attacchi ischemici transitori o afasie e diplopie o altre manifestazioni neurologiche però assolutamente transitorie e in genere quasi mai definitive.

PERTANTO

Acconsente ad essere sottoposto ad intervento chirurgico di _____

- ☐ **ACCONSENTO** che le informazioni relative alle mie condizioni di salute e ai trattamenti sanitari necessari siano fornite a _____
- ☐ **NON ACCONSENTO** che le informazioni relative alle mie condizioni di salute e ai trattamenti sanitari necessari siano fornite a _____
- ☐ **DICHIARO** di non voler ricevere alcuna informazione circa la malattia, le possibilità diagnostico-terapeutiche, i rischi, le complicanze connessi con l'intervento chirurgico.

Data _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

Timbro e firma del Chirurgo _____

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____
Firma del Paziente/Tutore Legale _____