

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO ASPORTAZIONE CISTI RENALE	Mod. 0227	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: URO 4	
		Rev. 03	del 17/11/2025

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Paziente degente presso l'Unità Funzionale di Urologia della CASA DI CURA "CITTA' DI BRA", affetto da

Cisti renale sintomatica determinate compressione delle vie escrettrici e degli organi contigui:

in piena facoltà di intendere e di volere, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a in modo chiaro e da me comprensibile sulla natura e sulla evoluzione della malattia di cui sono affetto/a. In particolare nei corsi dei colloqui intercorsi con il dottor _____ sono stato informato/a che è indicato l'intervento di:

Asportazione (marsupializzazione) cisti renale, intervento che può essere eseguito sia con tecnica chirurgica laparoscopica che con tecnica chirurgica aperta (open).

Per tale prestazione dichiaro di essere stato informato/a che posso andare incontro a complicanze sia generali che specifiche legate al tipo di procedura. Mi è stato spiegato che le complicanze generali possono essere anestesilogiche (vedere la scheda relativa al consenso specifico), cardiologiche, circolatorie, polmonari, metaboliche, infettive. Per quanto riguarda invece le complicanze specifiche, queste possono essere: emorragia, ematuria, ematoma, infezione urinaria, fistola, raccolta urinosa, recidiva cisti, lesione organi contigui, ileo. In caso di procedura con tecnica open deiscenza della ferita e laparocele. Il medico mi ha spiegato che durante l'intervento si possono verificare situazioni che potrebbero determinare a giudizio dell'operatore un cambiamento di tipo d'intervento chirurgico, che nel caso d'intervento con tecnica laparoscopica situazioni che richiedono la conversione alla tecnica aperta (open), in tutti queste circostanze autorizzo il Chirurgo ad agire come meglio ritiene per la mia salute.

Preso atto di quanto precedentemente descritto, dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute e dopo aver confermato le notizie da me rese ai medici della Unità Funzionale di Urologia, sul mio stato di salute:

☐

acconsento

☐

non acconsento

a sottopormi alla suddetta prestazione chirurgica propositami.

Data _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci _____

Firma del Medico _____

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