

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO URETEROPIELOSTOMIA	Mod. 0265	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: URO 42	
		Rev. 02	del 21/11/2025

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

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

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:

Ureteropielostomia, intervento che può essere eseguito sia con tecnica laparoscopica che con tecnica aperta (open).

Per tale prestazione dichiaro di essere stato informato 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, ematoma, ematuria, infezione, stenosi, colica renoureterale, lesioni spleniche, epatiche, pancreatiche, intestinali, fistole, raccolta urinosa, idroureteronefrosi con eventuale posizionamento di nefrostomia, in caso di procedura con tecnica open deiscenza ferita, laparocele, lombocele. 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 in caso di procedura con tecnica laparoscopica possono verificarsi situazioni che potrebbero richiedere una trasformazione della procedura in tecnica open, in tutti questi casi 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 _____
