

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO DI COLECISTECTOMIA PER STENOSI VIA BILIARE	Mod. 0340	Pag. 1 di 3
		Parola chiave:	CH GEN 11
		Rev. 01	del 09/10/25

UNITÀ FUNZIONALE DI CH. GENERALE

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO

Io sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

dichiaro di essere stato/a informato/a durante la prima visita e durante il ricovero, in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott _____, che per la patologia riscontratami:

STENOSI DELLA VIA BILIARE (ovvero restringimento della via biliare) è indicato l'intervento chirurgico.

Sono stata/o informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà in una **COLECISTECTOMIA**, ovvero nell'asportazione della colecisti (se non già effettuata in precedenza), in una **ESPLORAZIONE** della via biliare principale ed in una **VALUTAZIONE** della estensione della stenosi e che in conseguenza di ciò verrà stabilito il tipo di intervento più adatto.

Mi è stato chiaramente spiegato che questo restringimento può essere di natura benigna (cicatriziale) o maligna (dovuta ad un tumore maligno) e che non sempre è possibile sia prima dell'intervento che intraoperatoriamente avere conferma della natura neoplastica del restringimento e che in ogni caso si procederà, se possibile, alla asportazione del tratto stenotico. Durante l'intervento, tuttavia, potrebbe essere necessario modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, per la presenza di variazioni anatomiche e/o per la diffusione della malattia ed il coinvolgimento di organi contigui.

Sono stata/o anche informata/o che l'intervento (che verrà eseguito in anestesia generale) potrebbe comportare l'asportazione di parenchima epatico o di altre strutture anatomiche coinvolte (pancreas, stomaco, milza, ecc.) ed il ripristino del flusso biliare attraverso una nuova via confezionando una anastomosi bilio-digestiva (ovvero drenando la bile nell'intestino) o con l'inserimento di drenaggi all'interno della via biliare stessa.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obbiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, quali ad esempio il posizionamento di tubi per via endoscopica o radiologica nella via biliare), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto anche che vi è la possibilità di una recidiva della stenosi, specie se essa era di natura maligna, a distanza variabile di tempo dall'intervento.

Sono anche stato/a esaurientemente informato/a delle possibili complicanze legate alla metodica chirurgica, quali:

- **lesioni vascolari** di grossi rami arteriosi dell'arteria epatica, la cui terapia è in funzione della gravità del danno;
- **emorragie** che possono richiedere un reintervento chirurgico;
- **lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti;

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 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 INTERVENTO DI COLECISTECTOMIA PER STENOSI VIA BILIARE	Mod. 0340	Pag. 2 di 3
		Parola chiave:	CH GEN 11
		Rev. 01	del 09/10/25

- **pancreatite acuta**, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Questa rappresenta una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-pancreatico.
- **deiscenze** postoperatorie di anastomosi biliari o bilio-digestive con perdite biliari e/o ileali;
- **lesioni cicatriziali** tardive di rami della via biliare extraepatica. e/o di anastomosi confezionate, a distanza variabile di tempo dall'intervento;
- **occlusioni intestinali** specie se si ricorre al confezionamento di anastomosi bilio-digestive;
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da _____

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informata/o sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o (_____)

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e sono consapevole che comunque residueranno una o più cicatrici.

Sono comunque conscia che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettatomi.

Ciò premesso,

Dichiaro di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce.

Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente

Acconsento ☐ **Non Acconsento** ☐

a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 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 INTERVENTO DI COLECISTECTOMIA PER STENOSI VIA BILIARE	Mod. 0340	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: CH GEN 11	
		Rev. 01	del 09/10/25

Autorizzo ☐ **Non Autorizzo** ☐

i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.

Autorizzo ☐ **Non Autorizzo** ☐

l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

Acconsento ☐ **Non Acconsento** ☐

a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Data _____

Firma e Timbro del Medico

Firma del Paziente

Firma del Tutore esercente la Potestà o del Genitore

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