

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO ASPORTAZIONE LESIONE PER MELANOMA	Mod. 0344	Pag. 1 di 4
		Parola chiave:	CH GEN 14
		Rev. 01	del 16/10/25

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 sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro e comprensibile dal/i Prof/Dott _____ che l'affezione riscontratami è un **MELANOMA** e che per tale patologia è indicato un trattamento multidisciplinare, ossia effettuato da più specialisti, nel cui ambito la chirurgia riveste un ruolo fondamentale.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che il melanoma è un tumore maligno a partenza dalle cellule pigmentate della cute (melanociti), capace di estendersi localmente infiltrando la cute in superficie ed il tessuto sottocutaneo e muscolare ed altri organi sottostanti la cute. Esso, inoltre, può diffondere a distanza nei linfonodi che drenano la linfa della cute, ove ha sede la lesione primitiva ed anche ad organi lontani attraverso il circolo sanguigno.

Nel mio caso l'intervento chirurgico consisterà nell'**ASPORTAZIONE DELLA LESIONE** con un buon margine di cute sana intorno. Può succedere che, per la perdita di sostanza cutanea risultante, si debba ricorrere ad innesti cutanei od altri interventi di chirurgia plastica per colmare il difetto. Poiché la sede del melanoma nel mio caso specifico è l'**ARTO** inferiore ☐ superiore ☐ il **TRONCO** ☐ e poiché le indagini preoperatorie (esame obiettivo, PET, biopsia linfonodo sentinella, ecografia, TAC, ecc.) hanno dimostrato l'interessamento dei linfonodi inguinali dello stesso lato dell'arto interessato, mi è stato spiegato con chiarezza che l'intervento chirurgico, che verrà eseguito in anestesia generale, comporterà anche la **ASPORTAZIONE RADICALE** dei linfonodi inguinali superficiali e, nel caso di positività, anche dei linfonodi inguinali profondi (iliaco-otturatori) ☐ dei linfonodi ascellari ☐.

L'incisione sarà effettuata alla radice della coscia, verticalmente verso il basso in corrispondenza del cosiddetto triangolo di Scarpa ed eventualmente prolungata verso l'alto sull'addome ☐ sul margine mediale dell'ascella ☐. Normalmente, in corso di linfadenectomia inguinale, l'intervento prevede anche l'asportazione della parte prossimale della vena safena.

In ogni caso, può essere necessario durante l'intervento modificare la tattica chirurgica a seconda della situazione riscontrata intraoperatoriamente.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, quali la chemioterapia), gli eventuali rischi e/o le menomazioni prevedibili. Sono stato/a anche informato/a sulla possibilità che il tumore si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento.

Sono stato/a informato/a che qualsiasi intervento chirurgico, anche banale ed estremamente semplice può comportare l'insuccesso per cause inerenti all'intervento stesso, all'anestesia, a patologie di altri

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.	

INFORMAZIONE E CONSENSO ASPORTAZIONE LESIONE PER MELANOMA

Parola chiave:

CH GEN 14

Rev. 01

del 16/10/25

organi od apparati sia attualmente evidenti sia attualmente silenti ma che possono comparire in maniera acuta sia durante l'intervento sia nel post-operatorio.

Sono stato/a informato/a dei limiti della procedura e delle possibili complicanze ad essa legate, quali:

Intraoperatorie:

- **Lesioni vascolari** trattate con sutura, ricostruzione o legatura dei vasi (rarissimamente causa di decesso per emorragia) possono portare a problemi di vascolarizzazione dell'arto inferiore (rarissimamente all'amputazione). Possono rendere necessario l'impiego di trasfusioni.
- **Lesioni nervose** con conseguenti parestesie, anestesi, sviluppo della cosiddetta "scapola alata"
- Raramente **lesioni dell'uretere** (trattate con ricostruzione dello stesso, se misconosciute all'atto dell'intervento possono richiedere un reintervento).
- Rarissimamente **lesioni intestinali** (trattate con sutura o eventualmente resezione intestinale che possono esporre al rischio di deiscenze postoperatorie con conseguente necessità di reintervento)

Postoperatorie:

- **emorragia** (che può richiedere trasfusioni e/o un reintervento per l'emostasi)
- **linforragia** (che può richiedere il mantenimento per lungo tempo di tubi di drenaggio, mentre, molto raramente, può essere necessario un intervento di anastomosi linfo-venosa o di legatura del collettore linfatico).
- **linfocele** (raccolta linfatica che può richiedere ripetuti svuotamenti per puntura transcutanea; molto raramente può essere necessario un intervento di anastomosi linfo-venosa o di legatura del collettore linfatico)
- **parestesie** (ossia sensazione di prurito o di acqua che scorre, formicoli, bruciori, , ecc.), **anestesi** (mancanza di sensibilità tattile, termica, dolorosa), **dolore** nel territorio innervato dal nervo safeno e dal nervo femorale ed otturatorio nonché in corrispondenza della cicatrice che possono regredire anche dopo anni o, talora, essere permanenti.
- **alterazioni funzionali** dell'arto inferiore
- **infezioni della ferita** che possono comportare la riapertura della stessa ed un lungo periodo di medicazioni. Raramente possono dare compromissione dello stato generale.
- **patologie della cicatrice** (ipertrofica, cheloide) eventualmente retraenti, raramente comportanti alterazioni funzionali tali da richiedere un trattamento chirurgico
- Il prolungamento dell'incisione sulla parete addominale può essere causa di **laparocoele** il cui trattamento è chirurgico
- **linfedema** dell'arto inferiore e dei genitali esterni omolaterali o dell'arto superiore. Nella maggior parte dei casi esso è di lieve entità e riscontrabile solo con un'attenta osservazione o con misurazioni del diametro dell'arto. In alcuni casi può essere cospicuo ed invalidante e richiedere ulteriori trattamenti medico-chirurgici
- la sezione del tratto prossimale della safena può comportare, anche a distanza di molti anni dall'intervento, **problemi di scarico venoso** qualora compaiano patologie del circolo venoso profondo come **trombosi o tromboflebiti** che possono accentuare l'edema ed in rari casi portare ad **ischemia** dell'arto.

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO ASPORTAZIONE LESIONE PER MELANOMA	Mod. 0344	Pag. 3 di 4
		Parola chiave:	CH GEN 14
		Rev. 01	del 16/10/25

Altre complicanze possono essere non specifiche dell'intervento e manifestarsi con quadri sindromici relativi agli apparati respiratorio, cardio-vascolare, urinario, cerebrale, nervoso e locomotore.

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informato/a sulla frequenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) spiegandomi come la chirurgia, ed in particolare quella delle linfadenectomie inguinale e pelvica, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che l'incidenza di complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetto/a _____

Sono stata informato/a che residueranno in ogni caso una o più cicatrici a livello dell'arto inferiore _____ e dell'addome.

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

Ciò premesso, dichiaro di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto spiegatomi oralmente.

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

Consapevolmente, quindi

Acconsento ☐ **Non acconsento** ☐

al trattamento chirurgico propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.

Autorizzo ☐ **Non autorizzo** ☐

inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento si evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato.

Autorizzo ☐ **Non autorizzo** ☐

l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO ASPORTAZIONE LESIONE PER MELANOMA	Mod. 0344	Pag. 4 di 4
		Parola chiave: CH GEN 14	
		Rev. 01	del 16/10/25

Inoltre,

Autorizzo ☐ **Non autorizzo** ☐

che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia 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 _____

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.	