

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI ISTERECTOMIA PER VIA ADDOMINALE	Mod. 0368	Pag. 1 di 4
		Parola chiave:	CH GIN 1
		Rev. 03	del 16/10/25

UNITÀ FUNZIONALE DI CH. GENERALE

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

Io sottoscritta _____

affetta da _____

Il Dr. _____ mi ha proposto la seguente soluzione
diagnostico-terapeutica: _____

L'ISTERECTOMIA può essere effettuata in via laparoscopica o laparotomica.

I rischi associati all'intervento dipendono da vari fattori:

- Utero: volume, posizione, aderenze, etc.
- Tecnica decisa e pattuita come più opportuna: LAPAROTOMICA.
- Tipo d'incisione: verticale / trasversale (Pfannestiel).
- Strumentale: monouso / multiuso, monopolare / bipolare, fili, elettro-bisturi, etc.
- Trattamenti precedenti: trattamenti farmacologici ed ormonali.
- Tempo operatorio, tipologia dell'intervento e post-operatorio.
- Condizioni cliniche di base (diabete, ipertensione, allergie, età, etc.).
- Complicanze dipendenti dall'anestesia e farmaci utilizzati, allergie ed intolleranze.
- Imponderabili e successione di eventi sfavorevoli.

Le caratteristiche del monitoraggio post-operatorio e tempo di ricovero dipenderanno dalla tecnica laparotomica, dall'incisione, dalla patologia di base per cui si viene sottoposta ad isterectomia e dall'eventuale insorgenza di complicanze.

La complicanza più comune (seppur rara in nostro centro) è l'emorragia; ragion per cui si dovrà pre-autorizzare o negare esplicitamente l'eventuale possibilità di usare emoderivati e sangue.

Le tecniche laparotomiche prevedono di effettuare una incisione chirurgica (taglio) a livello dell'addome (preferibilmente basso ed orizzontale Pfannestiel) Non si potrà escludere l'allargamento dell'incisione in eventuali complicanze tecniche, aderenziali, emorragiche o riscontro di malattie non precedentemente note. In caso di utero di volume nettamente aumentato, o la presenza di voluminosi fibromi o pregresse incisioni addominali si procederà con un'incisione verticale detta ombelico-pubica.



L'isterectomia, per riscontro di alterazioni ovariche, complicanze emorragiche o tecniche, potrà essere convertita intraoperatoriamente in annesso-isterectomia (asportazione totale dell'utero, delle ovaie e delle tube).

INFORMAZIONE E CONSENSO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI ISTERECTOMIA PER VIA ADDOMINALE

Mod. 0368

Pag. 2 di 4

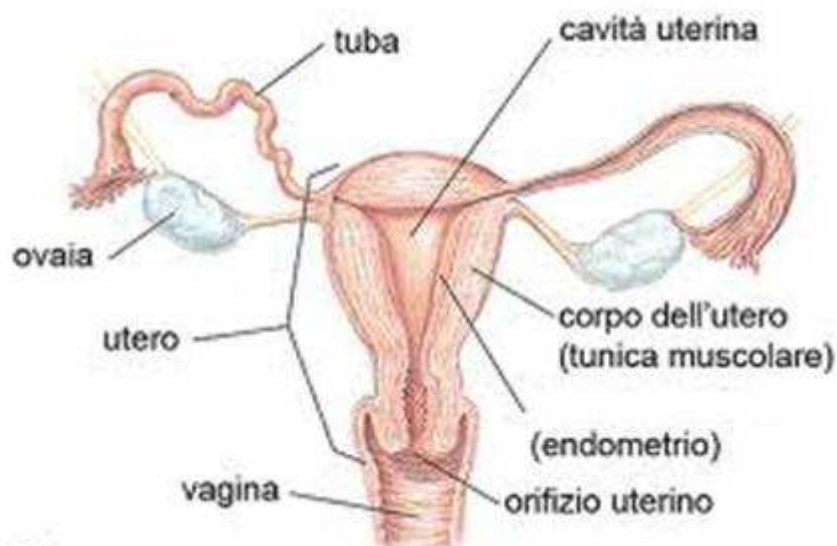
Parola chiave: CH GIN 1

Rev. 03

del 16/10/25

In tutti i casi trattati con conservazione ovarica, le malattie cistiche ed ovariche in generale si potranno presentare in futuro senza relazione all'isterectomia.

Seppure molto raramente, se con la diagnosi istologica definitiva si riscontrasse una malattia neoplastica inizialmente misconosciuta, si dovrà ri-operare o trattare adeguatamente in un secondo tempo.



Nell'ipotesi di riscontro intraoperatorio di una patologia neoplastica all'esame estemporaneo, si dovrà procedere ad un intervento chirurgico ampio, con eventuale asportazione di altri organi e linfonodi ed eventuali altre terapie specifiche nel postoperatorio immediato e tardivo.

L'isterectomia comporta sterilità permanente e l'annessio-isterectomia totale, lo stato menopausale.

ISTERECTOMIA TOTALE CON ANNESSIECTOMIA MONO (A) O BILATERALE (B) CON ASSOCIATA SOSPENSIONE DELLA CUPOLA VAGINALE AI LEGAMENTI ROTONDI ED UTEROSACRALI

Vantaggio: risoluzione radicale e definitiva dei sintomi e delle patologie.

Svantaggi: generici degli interventi chirurgici, specifici del tipo di intervento.

- L'asportazione dell'utero e la sospensione della cupola vaginale ai legamenti uterosacrali e rotondi dovrebbe consentire di eliminare il cistocele;
- Infezioni peri o postoperatorie; deiscenza della ferita con laparocoele (formazione di ernia addominale);
- complicanze tromboemboliche;
- Lesioni intestinali, vescicali, ureterali (il condotto che trasporta le urine dal rene alla vescica), emorragie intra o postoperatorie, fistole retto vaginali.
- Riguardo il rischio tromboembolico, per lo specifico tipo di intervento (laparoisterectomia totale con annessiectomia mono o bilaterale) considerati gli specifici fattori di rischio esso può definirsi basso; sarà comunque adottata una terapia antitromboembolica.

SCELTA DELLA MONO O BILATERALITÀ DELL'ANNESSIECTOMIA

A) Annessiectomia monolaterale

- **Vantaggio:**
assenza dei disturbi tipici della menopausa fino all'arresto dell'attività endocrina di produzione

INFORMAZIONE E CONSENSO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI ISTERECTOMIA PER VIA ADDOMINALE

Mod. 0368

Pag. 3 di 4

Parola chiave:

CH GIN 1

Rev. 03

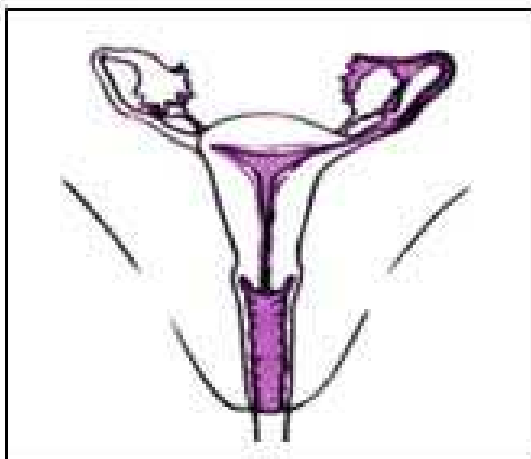
del 16/10/25

ormonale, da parte dell'ovaio residuo.

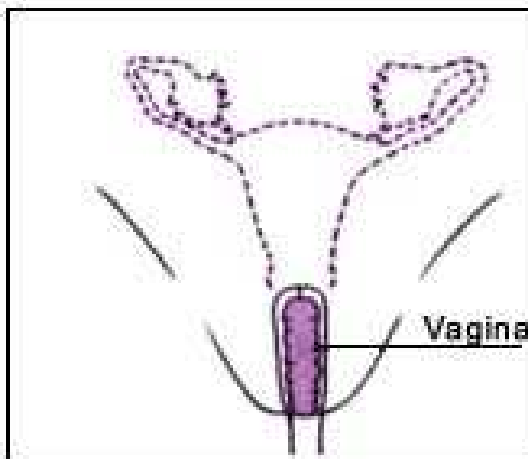
- N.B. La cessazione dell'attività ovarica dell'ovaio residuo può comunque avvenire, anche dopo un anno dall'intervento e proprio in conseguenza dell'isteroannessiectomia monolaterale, vanificando i vantaggi della monolateralità.
- Svantaggi:
 - necessità di sottoporsi a controlli ecografici transvaginali annuali per la prevenzione delle patologie ovariche;
 - possibilità di carcinoma ovarico.

B) Annessiectomia bilaterale

- Vantaggi:
 - prevenzione chirurgica del carcinoma ovarico;
 - non necessità di sottoporsi a controlli ecografici transvaginali annuali, per la prevenzione delle patologie ovariche.
- Svantaggi:
 - menopausa chirurgica.



Prima dell'intervento



Dopo l'intervento

Avendo ben compreso tutto quello che il Dr. _____ mi ha spiegato, ho deciso di optare per la scelta terapeutica della:

incisione addominale: ☐ trasversale (tipo Taglio cesareo)

☐ verticale ombelico-pubico

- ☐ isterectomia totale per via addominale
- ☐ annessiectomia monolaterale
- ☐ annessiectomia bilaterale
- ☐ sospensione della cupola vaginale anteriore ai legamenti utero sacrali

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI ISTERECTOMIA PER VIA ADDOMINALE	Mod. 0368	Pag. 4 di 4
		Parola chiave: CH GIN 1	
		Rev. 03	del 16/10/25



lascio la scelta dell'annessiectomia mono o bilaterale al giudizio
del Dr. _____, scelta da effettuarsi intraoperatoriamente

Mi sono state descritte nei dettagli le possibili complicazioni dell'intervento: infezioni peri o postoperatorie, deiscenza della ferita con laparocoele (formazione di ernia addominale), lesioni intestinali, vescicali, ureterali (condotto che trasporta le urine dal rene alla vescica), emorragie intra o post operatorie, fistole retto vaginali.

Confermo di aver ben compreso tutto quanto mi è stato spiegato: indicazioni, modalità, possibili varianti, rischi, possibili complicanze dell'intervento propostomi e do pieno ed informato consenso all'intervento. Confermo di aver posto al Medico tutte le domande che ho ritenuto opportune, ottenendone piena ed esauriente risposta.

La mia firma attesta che:

- Ho letto/mi è stato letto il contenuto di questo consenso informato;
- Ho capito e sono d'accordo con quanto verrà effettuato;
- Mi è stato spiegato l'intervento previsto in modo esauriente, compreso i possibili rischi e le possibili alternative;
- Ho avuto tutte le informazioni che desideravo avere ed ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche.

Pertanto,

Esprimo la mia autorizzazione e il mio consenso a quanto esposto.

Firma del medico alla consegna

Firma della paziente dopo lettura

*Confermo di aver posto al Medico tutte le tutte le domande
che ho ritenuto opportune, ottenendone piena ed esauriente risposta*

Data ____/ ____/ ____

Firma del medico dopo la firma della paziente o all'accesso ospedaliero.

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____