

	Pre Operatorio		Mod. 0493	Pag. 1 di 3
	INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER LA CURA DELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA CON LASER		Parola chiave: CH GEN	
			Rev. 01	del 22/10/25

UNITÀ FUNZIONALE DI CH. GENERALE

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

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

dichiaro di essere stato/a informato/a, sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile, dal Prof/Dr _____ che, per la patologia riscontratami "**EMORROIDI**" (MALATTIA EMORROIDARIA) è indicato il trattamento chirurgico.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che le emorroidi sono una dilatazione varicosa del plesso emorroidario e che esse possono essere interne od esterne rispetto all'ano.

Mi è stato detto che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà nella: **TECNICA HELP (DEARTERIALIZZAZIONE EMORROIDARIA DOPPLER-GUIDATA CON LASER)**.

Tale intervento consiste nella chiusura con fibra Laser dei rami terminali delle arterie emorroidarie superiori che vengono localizzate nel canale anale, circa 3 cm prossimalmente alla linea dentata.

La procedura prevede l'utilizzo di un anoscopio che viene inserito nel canale anale e rimane in sede per tutta la durata dell'intervento (circa 7-20 minuti).

La fibra Laser, una volta individuato il ramo arterioso emorroidario da chiudere, viene appoggiata sulla mucosa del canale anale ed agisce denaturando il tessuto mucoso-sottomucoso comprendente anche il vaso sottostante.

Poiché la fibra Laser agisce in una zona dell'ano molto alta, dove le terminazioni nervose responsabili del dolore sono poco rappresentate, l'intervento HeLP può essere eseguito senza anestesia. Qualora tuttavia si sia reso necessario durante l'intervento, sarà somministrato un analgesico e/o un tranquillante. In caso di complicanze più gravi (sanguinamento difficilmente controllabile) potrebbe rendersi necessaria una sedazione profonda.

I rami arteriosi chiusi durante il trattamento Laser inducono una riduzione del flusso sanguigno verso il plesso emorroidario con conseguente riduzione di volume del plesso stesso e miglioramento della sintomatologia.

Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e la possibilità di recidiva, cioè che alcuni gavoccioli emorroidari si riformino a distanza variabile di tempo dall'intervento, questo anche in relazione al fatto che si tratta di una tecnica chirurgica molto nuova di cui non si conoscono ancora appieno i risultati clinici a distanza.

Mi è stata/o spiegato che questo intervento può essere gravato da complicanze intra- o post-operatorie, quali:

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER LA CURA DELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA CON LASER	Mod. 0493	Pag. 2 di 3
		Parola chiave:	CH GEN
		Rev. 01	del 22/10/25

- Lesioni agli sfinteri anali ed al setto retto-vaginale nella donna;
- Sanguinamento, che se abbondante, può richiedere il posizionamento di punti emostatici;
- Perforazione rettale;
- Altre complicanze minori, quali la dermatite reattiva perianale, il bruciore, il prurito.

Più tardivamente potrebbe verificarsi:

- Stenosi cicatriziale dell'orifizio anale.

Si tratta di problemi rarissimi la cui incidenza è solo potenziale.

Relativamente alla convalescenza sono stato informato che Il dolore postoperatorio potrebbe richiedere una terapia antidolorifica protratta per alcuni giorni.

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi specifici e generici.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o di 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 prospettato.

Ciò premesso, Dichiaro di essere stato/a invitato/a 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 HeLP, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

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;

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER LA CURA DELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA CON LASER	Mod. 0493	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: CH GEN	
		Rev. 01	del 22/10/25

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_____