

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO**

**Modulo di informazione per la nefrectomia radicale**

Le indagini cliniche e radiologiche consentono di diagnosticare la presenza di una neoplasia renale a possibile evoluzione prognostica sfavorevole. La malattia appare al momento attuale localizzata al solo rene e, per evitare che possa infiltrare gli organi circostanti o disseminarsi a distanza, è necessario ricorrere alla sua asportazione chirurgica. La nefrectomia radicale garantisce in questo stadio di malattia i migliori risultati in termini di controllo locale e di sopravvivenza. Non esistono al momento valide opzioni terapeutiche alternative alla chirurgia. L'intervento viene eseguito in anestesia generale e può richiedere il posizionamento preoperatorio di un sondino venoso centrale e di un catetere vescicale. L'accesso chirurgico transperitoneale prevede un'incisione mediana anteriore (xifo-sottoombelicale). L'intervento prevede l'asportazione in blocco del rene, del grasso perirenale, del surrene e dell'uretere lombare e potrà essere completato con l'asportazione dei linfonodi regionali. Al termine dell'intervento verranno posizionati drenaggi addominali ed un sondino naso-gastrico. Intraoperatoriamente si possono verificare lesioni del fegato e del duodeno [nefrectomia radicale destra] e della milza [nefrectomia radicale sinistra]. Meno frequenti ma possibili sono lesioni a carico della pleura e dell'ileo e del colon. Queste lesioni vengono trattate contestualmente all'intervento chirurgico con le tecniche appropriate [eventuale splenectomia o resezione epatica]. Eccezionalmente può essere necessario il ricorso ad una derivazione intestinale (colostomia temporanea o definitiva). L'emorragia può essere una complicanza intra- e post-operatoria e richiedere trasfusioni di sangue, emocomponenti o emoderivati. Questi ultimi sono forniti dal centro trasfusionale e controllati per le malattie infettive a trasmissione ematica note [il predeposito ematico effettuato è rivolto a ridurre/evitare la necessità di trasfusioni di sangue omologo]. Il decorso postoperatorio può essere complicato da patologie intestinali (ileo paralitico, occlusione, perforazione ed infarto intestinale); infettive (sepsi, infezioni urinarie, infezioni della ferita chirurgica, focolai broncopneumonici); tromboemboliche (trombosi venosa profonda, embolia polmonare) e da diastasi della ferita con possibile eviscerazione. L'asportazione di un rene può eccezionalmente rendere necessaria l'attuazione di un programma transitorio di dialisi. Alcune complicanze postoperatorie possono richiedere per la loro risoluzione una revisione chirurgica (emorragie, complicanze intestinali, diastasi della ferita). Tale evento si configura in circa l'1% dei casi. Una complicanza tardiva consiste nell'erniazione intestinale attraverso un difetto fasciale che si realizza in corrispondenza della ferita chirurgica (laparocoele). La degenza postoperatoria non complicata ha una durata di circa 7-10 giorni.

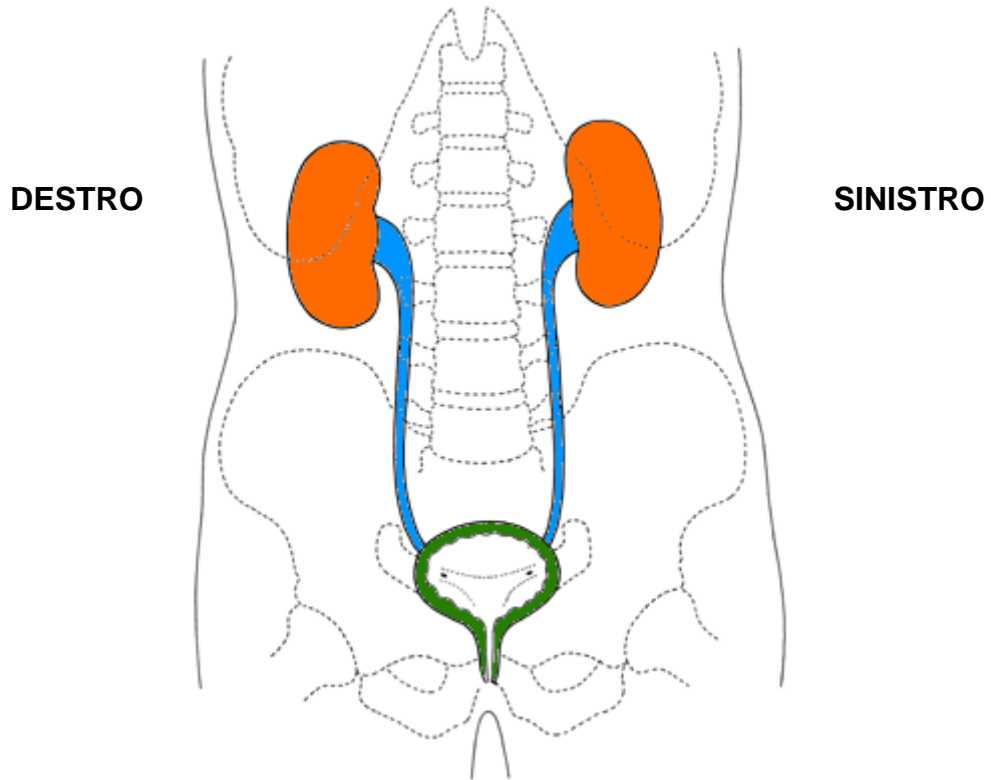
NOTE:.....  
 .....  
 .....

**Consenso informato**

Io sottoscritto ....., preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto, certo comunque che un mio eventuale rifiuto non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, acconsento al trattamento proposto.

Poiché sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe

giudicare necessario modificare la procedura concordata, autorizzo sin d'ora il cambiamento del programma ma al solo scopo di fronteggiare l'urgenza delle eventuali complicanze, delle quali mi attendo comunque di avere al più presto spiegazioni adeguate.



MEDICO: \_\_\_\_\_

PAZIENTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_