

Intervento chirurgico:

Day surgery



INFORMAZIONI
PER IL PAZIENTE



Queste informazioni educative servono ad aiutare a capire l'intervento e permettono di partecipare attivamente al percorso di cure e il ruolo nel recupero.

INDICE

UNITÀ OPERATIVA DI UROLOGIA	3
DICHIARO	4
MI IMPEGNO	5
ACCONSENTO / RIFIUTO VOLONTARIAMENTE	5





- **Dott. Furio Cauda**
- **Dott. Paolo Aveta**
- **Dott. Roberto Carone**
- **Dott. Fabrizio Alladio**
- **Dott.ssa Elena Cattaneo**

SCHEDA INFORMATIVA PAZIENTE FOGLIO CREATO IN :
ULTIMO AGGIORNAMENTO:
SCHEDA CONSEGNATA IL/.....
DAL DR

Cara signora, signore,

Questa scheda informativa, è un documento destinato ad aiutarla a comprendere meglio le informazioni che le sono state spiegate dal suo urologo riguardo alla sua malattia ed alle scelte terapeutiche che ha fatto nel suo complesso. In nessun modo questo documento può sostituire il rapporto che ha con il suo urologo. È essenziale in caso di incomprensione o dubbi che lo contatti per chiarimenti. Qui sono esposte le ragioni dell'intervento che verrà eseguito, il suo normale decorso e le abituali conseguenze, i benefici ed i rischi noti ed anche le complicazioni più rare.

Io sottoscritto.....

DICHIARO

Di essere stato informato dal Dott/Dott.ssa.....
nel corso del colloquio in data.....

- Della mia personale situazione clinica che richiede un intervento chirurgico di.....;
- Delle caratteristiche e della durata dell'intervento, dei suoi benefici e rischi potenziali, delle possibili complicanze della modalità di esecuzione e procedure anestesiológicas;
- Della possibilità che l'intervento sia eseguibile anche in regime di ricovero ordinario;
- Della necessità che io riferisca, nel mio interesse, malattie, interventi chirurgici già subiti traumi, terapie pregresse o in corso, eventuali reazioni avverse a precedenti anestesi periferiche o reazioni allergiche o intolleranze a qualsivoglia farmaco;
- Che sono state eseguite tutte le indagini atte a rendere l'intervento il più sicuro possibile sotto il profilo anestesiológico e chirurgico;
- Delle istruzioni e comportamenti da tenere al domicilio e della necessità della presenza di un accompagnatore il giorno dell'intervento;
- Che verrò sottoposto ai controlli post-operatori nei giorni indicati e che mi verranno forniti i contatti telefonici in caso di emergenza e/o verifica del buon andamento del decorso post-operatorio, della necessità di integrare il trattamento chirurgico con la terapia medica domiciliare, eseguita dal medico di famiglia;
- Del fatto che dopo l'intervento vi sarà una breve degenza necessaria per controllare il decorso post-operatorio, sulla cui durata deciderà il sanitario responsabile;
- Del fatto che, in caso di dimissione immediata e di effettiva necessità, un medico del reparto sarà reperibile nelle 24 ore successive all'intervento;
- Del fatto che nell'1% dei casi si rende necessaria la conversione in ricovero ordinario per estendere l'osservazione oltre il periodo previsto;



MI IMPEGNO



- A trascorrere il periodo successivo all'intervento presso il mio domicilio, dove dispongo del telefono n°.....
- A presentarmi regolarmente al controllo ambulatoriale disposto;
- Ad informare al più presto, tramite lettera di dimissione, il mio medico curante Dott..... ai fini di un controllo domiciliare;
- Ad osservare scrupolosamente prescrizioni ed istruzioni fornitemi ed in particolare:
- Di assumere la consueta terapia domiciliare salvo vi sia il divieto specifico del chirurgo e dell'anestesista
- Di non assumere alcun cibo o liquido nelle 6 ore precedenti l'intervento
- Di non guidare nessuna automobile, motocicletta o bicicletta o utilizzare qualsiasi macchinario nelle 24 ore seguenti l'anestesia
- Di non assumere alcolici nelle 24 ore seguenti l'anestesia
- Di farmi accompagnare alla casa di residenza da un adulto responsabile
- Di rimanere in compagnia di un adulto responsabile una volta tornato al domicilio
- Di vestirmi in modo pratico, cosicché il vestiario possa essere facilmente rimosso, indossato e rispinto nell'armadietto
- Di non portare gioielli o altri oggetti di valore
- Di mettermi in contatto con il servizio di DS nel caso insorga una qualsiasi complicanza post-operatoria (011.....)
- Confermo di aver recepito consapevolmente quanto sopra, di aver potuto esprimere domande e aver ottenuto i relativi chiarimenti.

Per questo motivo:



ACCONSENTO / RIFIUTO VOLONTARIAMENTE

Data.....

Firma.....

Io sottoscritto Dott.....confermo ed
attesto in modo contestuale alla sottoscrizione del Sig.....
che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso quanto sopra esposto,
punto per punto.

Data..... Firma.....



Ospedale Koelliker