

U.O.C CHIRURGIA GENERALE –AV2 1° PIANO ALA C

OSPEDALE “E. PROFILI”, FABRIANO

Direttore Dottor AUGUSTO VERZELLI

Dott. AUGUSTO VERZELLI	DIRETTORE
Dott MAURIZIO CARNALI	RESPONSABILE AMBULATORI E FERITE DIFFICILI
Dott.ATTILIO PARCA.	RESPONSABILE SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Dott AROLDI BRUNI	DIRIGENTE MEDICO DI I LIVELLO
Dott REMO RONCHI	RESPONSABILE CHIRURGIA D'URGENZA, REFERENTE BREAST UNIT AZIENDALE
Dott.LUIGI FINOCCHI	DIRIGENTE MEDICO DI I LIVELLO
Dott.ssa. NANCY CIANFORLINI	DIRIGENTE MEDICO DI I LIVELLO
Dott. ANDREA BUDASSI	DIRIGENTE MEDICO DI I LIVELLO

P.O Dipartimento Chirurgico Coordinatrice TRESCA MANUELA

Coordinatore F.F. Infermieristico Ambulatori EMANUELA RAMPINI

NUMERI UTILI:

CORDINATORE INFERMIERISTICO	0732 707349
REPARTO	0732 707318
AMBULATORIO CHIRURGICO	0732 707614- 0732 707453
AMBULATORIO ECOCOLORDOPPLER	0732 707619
AMBULATORIO FERITE DIFFICILI	0732 707453-691
AMBULATORIO SASSOFERRATO	0732707544
AMBULATORIO SENOLOGICO	0732 707619
ENDOSCOPI A DIGESTIVA	0732 707392

ATTIVITA' SVOLTE DAL REPARTO

- **Chirurgia d'urgenza mininvasiva e laparotomica**
- **Chirurgia digestiva oncologica mininvasiva e laparotomica**

Stomaco e giunzione gastro-esofagea

Colon –retto

Fegato, vie biliari e pancreas

- **Chirurgia funzionale mininvasiva**

Prolasso rettale

Prolasso genito-urinario

Ernia iatale

- **Chirurgia senologica**

Patologie maligne della mammella (PDTA aziendale)

Biopsia del linfonodo sentinella

Patologie benigne della mammella

Oncoplastica ricostruttiva

- **Chirurgia endocrina mininvasiva e tradizionale**

Tiroide

Paratiroidi

Surrene

- **Chirurgia proctologica**

Emorroidi

Ragadi anali

Fistole e ascessi perianali

- **Chirurgia della parete addominale mininvasiva e laparotomica**

Ernie

Laparoceli

- **Principali patologie trattate in regime di day hospital**

- **Chirurgia vascolare**

Varici degli arti inferiori

Neoformazioni cutanee e del sottocute

Biopsie linfonodali

Trattamento delle ferite difficili (Versajet)

- **Chirurgia della parete addominale**

Ernie inguinali e addominali

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Interventi chirurgici per patologie che interessano i tessuti molli

Trattamento delle ferite difficili (applicazione di terapia a pressione negativa)

Ambulatorio stomizzati

Ambulatorio proctologico

Ambulatorio di endocrino-chirurgia

Servizio di eco-color-dopplergrafia

INDICAZIONI UTILI

Orari di visita ai degenti

Mattino dalle 7,00 alle 8,00

Pomeriggio dalle 12,30 alle 14,30

Sera dalle 18,30 alle 20,30

Ricevimento Medici e Direttore

Orario di ricevimento dei medici

I medici ricevono tutti i giorni dalle 12,00 alle 13,30 dalle 18.00 alle 19.00

Orario Ricevimento Direttore

Il Direttore della Struttura riceve tutti i giorni compatibilmente con l'attività di sala operatoria dalle 12.30 alle 14,00

Orario di ricevimento del Coordinatore Infermieristico

Il Coordinatore Infermieristico tutti i giorni dalle 11,00 alle 15.00

Orario di distribuzione del vitto

Colazione dalle 08.00 alle 8.30

Pranzo dalle 11.45 alle 12.30

Cena dalle 18.00 alle 18.30

Orario di visita medica

Mattino dalle 9.00 alle 11.30

Pomeriggio dalle 16.30 alle 18.00

Altre informazioni che la struttura ritiene utile fornire agli utenti (es. segreteria per le prenotazioni- ritiro referti istologici se effettuati all'interno del reparto).

per informazioni telefonare alla coordinatrice dalle ore 11.00 alle ore 14.00 nei giorni feriali.

MODULISTICA/PRESCRIZIONI PER L'UTENZA

U.O.C. UROLOGIA – AV2 1° PIANO ALA C FABRIANO

Direttore Dr. BEHROUZ AZIZI

Dott. BEHROUZ AZIZI	DIRETTORE
Dott. PAOLO MORICHI	RESPONSABILE U.O.S. DI ECOGRAFIA E BIOPSIA PROSTATICA
Dott. FRANCESCO SANTANIELLO	
Dott. GIANLUCA MANASSE	

P.O. DIP. CHIRURGICO COORDINATRICE MANUELA TRESCA

INFERMIERA REFERENTE UROLOGIA RITUCCI GIOVANNA

Coordinatore Infermieristico Inf. Ambulatori EMANUELA RAMPINI

Per ogni informazione riguardante le attività è possibile telefonare al numero :

NUMERI UTILI:

COORDINATORE INFERMIERISTICO 0732/707349

INF. REFERENTE UROLOGIA 0732/707645 – 0732/707483

REPARTO 0732/707318

AMBULATORIO UROLOGICO URODINAMICA 0732/707252

AMBULATORIO UROLOGICO ECOGRAFIA – CISTOSCOPIA 0732/707402

ATTIVITA' SVOLTE DAL REPARTO

- **Principali patologie trattate in regime di ricovero**

INTERVENTI PROGRAMMATI E INTERVENTI IN URGENZA

CHIRURGIA ENDOSCOPICA

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (TURP)

INCISIONE TRANSURETRALE DELLA PROSTATA (TUIP)

TUMORI VESCALI (TURB)

LITIASI URETRALE (ULT)

LITIASI VESCICALE (CISTOLITOTRISSIA)

LITIASI RENALE (PCNL)

GHIRURGIA LAPAROSCOPICA

PROSTATECTOMIA RADICALE

NEFRECTOMIA RADICALE

NEFRECTOMIA PARZIALE

TUMORECTOMIA RENALE

NEFRECTOMIA SEMPLICE

NEFROURETERECTOMIA

LINFOADENOMECTOMIA PELVICA

COLPOSACROPRESSI

CHIRURGIA LAPAROTOMICA

CISTECTOMIA RADICALE

ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSVESCICALE

CHIRURGIA IN DAY SURGERY/DAY HOSPITAL

CHIRURGIA SCROTALE

CIRCONCISIONE

FRENULOPASTICA

VARICOCELECTOMIA

EXERESI CARUNCOLA URETRALE

INTERVENTI MININVASIVI

TVT (Tension - free vaginaltape) per la risoluzione dell'incontinenza da stress.

TOT

INFILTRAZIONE DI TOSSINA BOTULINICA

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

VISITA UROLOGICA

URODINAMICA

UROFLUSSIMETRIA

CISTOSCOPIA

ECOGRAFIA

VISITA ANDROLOGICA

BIOPSIE PROSTATICHE CON TECNICA FUSION

ISTALLAZIONE ENDOVESCICALI

ESWL

Orari di visita ai degenti

Mattino dalle 07,00 alle 08,00

Pomeriggio dalle 12,00 alle 14,30

Sera dalle 18,30 alle 20,00

Ricevimento Medici e Direttore

I medici ricevono tutti i giorni dalle 12,00 alle 13,30 – dalle 18,00 alle 19,00

Il Direttore della Struttura riceve il Martedì giovedì e venerdì dalle 12,30 alle 14,00

Orario di ricevimento del Coordinatore Infermieristico

Il Coordinatore Infermieristico riceve tutti giorni dalle 11,00 alle 15,00

Orario di distribuzione del vitto

Colazione dalle 08,00 alle 08,30

Pranzo dalle 11.45 alle 12,30

Cena dalle 18,00 alle 18,30

Orario di visita medica

Mattino dalle 09,00 alle 10,30

Pomeriggio dalle 16,30 alle 17,30

Per le informazioni telefonare alla coordinatrice dalle ore 11,00 alle ore 14,00 nei giorni feriali.

MODULISTICA/PRESCRIZIONI PER L'UTENZA

1) MODULO PREPARAZIONE/INFORMATIVA GENERALE PER L'UTENZA

2) PERCORSI DIAGNOSTICO/TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

a).....

b).....

3) ALLEGARE I FILE DELLE BROCHURE UTILIZZATE NEL REPARTO



ASUR MARCHE-ZONA 6
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

CHIRURGIA DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI

Le **varici degli arti inferiori** consistono nella dilatazione delle vene superficiali dell'arto inferiore con perdita della funzione di drenaggio del sangue. Tale situazione può portare a trombosi, flebiti ed ulcere cutanee e necessita di intervento chirurgico.

L'intervento chirurgico indicato in questa patologia consiste in:
☐ **SAFENECTOMIA INTERNA** (ovvero nell'asportazione della vena grande safena)
☐ **SAFENECTOMIA ESTERNA** (ovvero nell'asportazione/legatura della vena piccola safena)
☐ **FLEBECTOMIE MULTIPLE** (asportazione delle principali varici collaterali alla gamba/coscia).

In alcuni casi (*insufficienza delle vene perforanti della gamba*) è necessario integrare l'intervento di safenectomia con la ☐ **LEGATURA ENDOSCOPICA SOTTOFASCIALE delle VENE PERFORANTI (SEPS)**.

Questo tipo di Chirurgia può comportare complicanze quali:

- **emorragie ed ematomi postoperatori** che potrebbero comportare anche la necessità di un intervento a scopo emostatico.
- **lesione accidentale dei vasi femorali o poplitei** durante la fase di crossectomia allargata alle collaterali per presenza di varianti anatomiche e/o eccesso di dilatazione delle strutture venose.
- **lesione temporanea o definitiva del nervo safeno** che potrebbe comportare parestesie a carico dell'arto operato.
- **trombosi venosa profonda e/o superficiale** a carico dell'arto omo o controlaterale nel caso di prolungato alettamento oppure per presenza di varici a carico dell'arto controlaterale e/o coesistenza di fattori predisponenti la trombofilia.
- **rischio di infezione delle ferite chirurgiche**, più frequente a carico dell'inguine, per un eccesso di sudorazione e di attrito.
- **lesioni superficiali della cute** dovute ad un eccesso di elastocompressione, a volte resa necessaria per un miglior controllo emostatico.
- **transitoria comparsa di dolore ed edema postoperatorio** a carico dell'arto operato
- **risultato estetico finale scadente** dovuto a flebectomie multiple rese necessarie per il completo trattamento del caso o ad alterati meccanismi di cicatrizzazione, soprattutto in presenza di dermatiti.



ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE PANCOLONSCOPIA

La **pancolonscopia** consiste nell'introduzione di uno strumento flessibile e ben lubrificato, del diametro di circa 1,5 cm., attraverso l'ano per la visione diretta del grosso intestino. L'endoscopio viene fatto risalire, se possibile, per tutta la lunghezza del grosso intestino fino ad imboccare l'ultima ansa ileale.

L'esame dura di regola qualche decina di minuti e causa modesti e ben tollerati dolori all'introduzione ed alla progressione dello strumento. L'insufflazione di aria, necessaria per una corretta visione della pareti intestinali, può causare una sensazione di imminente necessità di evacuazione o anche di dolore tipo colica intestinale.

Tale metodica permette di effettuare alcune procedure di tipo chirurgico che in passato necessitavano di un vero e proprio intervento. Le metodiche integrative della pancolonscopia comprendono: la biopsia con ansa diatermica e polipectomia (quest'ultima rappresenta la procedura terapeutica più importante e frequente tra quelle possibili con la pancolonscopia), la dilatazione di stenosi, l'emostasi di lesione sanguinante (ottenibile con procedimenti meccanici, chirurgici e termici) e l'estrazione di corpo estraneo. Per quanto richiedano un tempo più lungo rispetto alla colonscopia soltanto diagnostica, tali procedure sono di norma indolori e ben tollerate dai pazienti.

La pancolonscopia può essere gravata da rare e non prevedibili complicanze che, in circostanze del tutto eccezionali, potrebbero risultare pericolose per la vita e per le quali, comunque, verrebbero prestate tutte le cure possibili.

Com'è facilmente intuibile, una procedura interventistica ha un rischio di complicanze aggiuntivo a quello della semplice pratica diagnostica, ma è bene ricordare che in ogni caso i rischi sono inferiori a quelli di un intervento chirurgico tradizionale.

COMPLICANZE

Complessivamente è descritta una incidenza di complicanze tra l'1,2 e il 5,3% delle procedure, con mortalità tra lo 0,1 lo 0,3%;

- **-Cardiorespiratorie:** (ipotensione, aritmia, arresto cardiocircolatorio, IMA, ipossia cerebrale), con la stessa incidenza (0,1-0,4%) della pancolonscopia diagnostica
- **-Sanguinamento:** 0,6-3%. In genere il sanguinamento è causato da insufficiente coagulazione nei polipi peduncolati. Spesso autolimitantesi, può manifestarsi subito dopo la polipectomia, nelle prime 24 ore o anche dopo 5-7 giorni. Questa complicanza è in genere facilmente controllata con procedure di emostasi endoscopica.
- **-Perforazione:** 0,3-1,9%. Più frequente nel caso di polipectomie di polipi sessili o quando viene asportata anche parte della mucosa adiacente. In questi casi può essere necessaria una laparotomia esplorativa.
- **-Ustione trans-murale della parete colica** (sindrome da coagulazione del colon): 0,1-0,6%. Si tratta di un'ustione della parete del viscere con reazione peritoneale senza evidente perforazione. Si presenta con peritonismo, dolori addominali, febbre e leucocitosi nelle prime 24 ore. In genere è sufficiente una terapia conservativa, non essendo necessaria la laparotomia.
- **-L'esplosione:** è un rischio potenziale, dovuto alla possibile produzione di gas esplosivi da parte della flora batterica intestinale. Può essere prevenuta con una dieta povera di carboidrati e successiva corretta toilette intestinale.



**ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA**

Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA

L' Esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) consiste nell'introduzione di una sonda del diametro di circa 1 cm attraverso la bocca fino a raggiungere l'esofago, lo stomaco, il duodeno per la visione diretta dell'interno dei suddetti organi.

L'esame viene effettuato nel paziente a digiuno, dura in genere pochi minuti e non causa di norma dolore, potendo tuttavia provocare intenso fastidio soprattutto quando, all'inizio della procedura lo strumento passa dal faringe all'esofago. Per tale motivo, nella maggior parte dei casi, al paziente viene somministrata una piccola dose di sedativi e praticata una anestesia locale dell'orofaringe con un preparato spray.

L'alimentazione è consentita non appena cessa la suddetta anestesia superficiale dell'orofaringe che ha durata di non più di un ora.

L'EGDS può essere gravata da rare e non prevedibili complicanze che, in circostanze eccezionali, potrebbero risultare pericolose per la vita, e per le quali, comunque, verrebbero prestate tutte le cure possibili.

Tale metodica permette anche di effettuare alcune procedure di tipo chirurgico che in passato necessitavano di un proprio intervento. Tali procedure sono di solito indolori e ben tollerate dal paziente. Ogni procedura interventistica ha un rischio di complicanze aggiuntivo a quello della semplice pratica diagnostica, ma in ogni caso i rischi sono inferiori a quelli di un intervento chirurgico tradizionale.

Le metodiche alternative dell'EGDS sono: la biopsia con ansa diatermica e polipectomia (si parla di polipectomia qualora sia possibile asportare tutta la lesione polipoide, compreso l'eventuale peduncolo: diversamente è più corretto parlare di ampia biopsia con ansa diatermica); la dilatazione di stenosi; l'emostasi di lesioni sanguinanti (ottenibile con procedimenti meccanici, chimici, termici); l'estrazione di corpi estranei e la sclerosi endoscopica di varici esofagee.

COMPLICANZE:

Perforazione ed emorragie in corso di :

- Polipectomia: una recente ed ampia casistica italiana 2547 casi ne ha rilevato una incidenza complessiva del 3,5% (1,1% di perforazioni). Da segnalare che l'incidenza di complicanze pare ridursi con il passare degli anni e con l'affinarsi delle metodiche. Infatti, in una precedente casistica americana (1981), per quanto molto più modesta, le complicanze emorragiche da sole raggiungevano il 4%. Tutte le casistiche riportano una mortalità praticamente nulla.
- Dilatazioni esofagee: la probabilità di perforazione varia notevolmente tra le diverse casistiche (dallo 0,1 al 6%), ed è verosimilmente correlata alla metodica usata. Sono, ovviamente, più gravata da complicanze le metodiche "cieche", in confronto a quelle sotto visione diretta o radiologica con filo guida; è comunque possibile anche una perforazione a valle della stenosi, causata dal filo guida stesso.
- Sclerosi di varici o ulcere: il sanguinamento da caduta di escare è certamente la causa più frequente di recidiva emorragica durante il ciclo di scleroterapia in elezione di varici esofagee e di ulcere sanguinanti. La microembolia polmonare dopo sclerosi endoscopica di varici esofagee è concettualmente ben comprensibile, in particolare quando si faccia uso di alcune sostanze (polidocanolo, oleato di etanolamina, ecc) con metodica endovaricosa. Per alcuni casi di modica dispnea abbiamo probabilmente questa patogenesi. Un'embolia polmonare clinicamente significativa è stata osservata soltanto raramente.

\ ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. Augusto Verzelli
NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE
INTERVENTI CHIRURGICI
PER ERNIA ADDOMINALE

Per la **PATOLOGIA ERNIARIA DELLA PARETE ADDOMINALE** è indicato l'intervento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa.

Questa affezione consiste nella fuoriuscita di un viscere o di una sua parte, attraverso un'area di debolezza della parete addominale o attraverso un orifizio o un canale naturale o attraverso la cicatrice di un pregresso intervento chirurgico, con formazione di:

- ☐ **ERNIA(orifizio naturale)**
- ☐ **LAPAROCELE(orifizio su cicatrice),** che in questo caso è a livello :

- ☐ **OMBELICALE**
- ☐ **EPIGASTRICO**
- ☐ **INGUINALE (monolaterale)**
- ☐ **INGUINALE(bilaterale)**
- ☐ **CRURALE**
- ☐ **OTTURATORIA**

- ☐ **altra sede** _____ con pericolo di intasamento e/o strozzamento.

Alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento chirurgico (che verrà eseguito in **anestesia generale** ☐ **locale** ☐ **spinale** ☐) consisterà in una **PLASTICA DELL'ERNIA** che potrà essere ☐ **DIRETTA(suturando i piani muscolari e fasciali)** o con impiego di

- ☐ **PROTESI (rete di materiale non assorbibile).**

L'intervento verrà eseguito per via:

- ☐ **INCISIONALE CLASSICA(incisione a livello dell'ernia)**
- ☐ **LAPAROSCOPICA (posizionamento di protesi dall'interno della cavità addominale**

Nei casi nei quali l'ernia è complicata (intasata, irriducibile, strozzata) può anche rendersi necessaria l'asportazione di anse intestinali e/o di omento.

Fra le **complicanze generali**, sono possibili:

- **broncopolmonite, atelettasia, insufficienza respiratoria e scompenso cardio-circolatorio**, soprattutto in soggetti anziani con preesistenti turbe cardio-respiratorie.
- **trombosi venosa profonda**, possibili in tutti gli interventi anche, talora, in presenza di una opportuna profilassi postoperatoria.

Fra le **complicanze locali**, le più frequenti sono:

- **infezioni cutanee, sieromi, ematomi** che, tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- **nevralgie inguino-crurali**, temporanee e/o persistenti, per irritazione nervosa o intrappolamento del nervo nella plastica erniaria.
- **orchite**: consiste nell'infiammazione e conseguente ingrossamento del testicolo e può verificarsi in taluni casi quando la plastica ha eccessivamente ristretto l'anello inguinale.
- **infezione della protesi**: è una complicanza grave, che se non viene a risoluzione con terapia medica, può rendere indispensabile un reintervento per la rimozione della protesi.
- **migrazione della protesi**: evento raro che, tuttavia può richiedere la sua rimozione.
- **recidiva dell'ernia**.



ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

CHIRURGIA DEL COLON

Per la **PATOLOGIA** riscontrata e per cui Lei è ricoverata/o presso la nostra U.O.:

- ☐ **NEOPLASIA del CIECO**
- ☐ **NEOPLASIA DEL COLON ASCENDENTE (E FLESSURA EPATICA)**
- ☐ **NEOPLASIA DEL COLON TRAVERSO**
- ☐ **NEOPLASIA DEL COLON DISCENDENTE (E FLESSURA SPLENICA)**
- ☐ **NEOPLASIA DEL SIGMA**
- ☐ **NEOPLASIA DEL RETTO** ☐ **ALTO** ☐ **BASSO**
- ☐ **MALATTIA DIVERTICOLARE DEL COLON**
- ☐ **COMPLICATA (STENOSI/PERFORAZIONE/FISTOLA COLOVESCICALE)**
 - ☐ **FISTOLA COMPLICATA RECIDIVA**

È INDICATO L'INTERVENTO CHIRURGICO

Alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una:

- ☐ **RESEZIONE DEL COLON DX (EMICOLECTOMIA DX)**
- ☐ **RESEZIONE DEL COLON TRASVERSO (EMICOLECTOMIA TRASVERSA)**
- ☐ **RESEZIONE DEL COLON SIN (EMICOLECTOMIA SIN)**
- ☐ **RESEZIONE DEL SIGMA**
- ☐ **RESEZIONE DEL ANTERIORE DEL RETTO**
- ☐ **RESEZIONE DEL RETTO PER VIA COMBINATA ADDOMINALE E PERINEALE** (quest'ultima consiste nella asportazione di una parte del colon, di tutto il retto e dell'ano).
 - ☐ **ENTEROSTOMIA DX SIN**

L'intervento previsto verrà effettuato :

- ☐ **PER VIA LAPAROSCOPICA (O VIDEO ASSISTITA)**
- ☐ **PER VIA LAPAROTOMICA (ACCESSO TRADIZIONALE)**

L'intervento effettuato per via laparoscopica può venire **convertito** in laparotomia, laddove si verificassero condizioni sfavorevoli alla chirurgia video assistita (estesi fenomeni aderenziali, sanguinamenti non dominabili per via laparoscopica ecc.)

Per motivi tecnici e/o per situazioni anatomiche particolari, potrebbe essere necessario il confezionamento di una ☐ **COLOSTOMIA** ☐ **ILEOSTOMIA** in maniera ☐ **TEMPORANEA** ☐ **DEFINITIVA**.

Laddove la enterostomia fosse di tipo **temporaneo**, vi sarà la necessità di un ulteriore *intervento chirurgico*

a distanza di un periodo variabile **da 3 a 6 mesi** da questo, di minore entità e complessità, per la **chiusura** dell'enterostomia, con lo scopo di riconvertire il normale transito intestinale.

Potrebbe peraltro rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come per esempio fegato, milza, vescica, ureteri, piccolo intestino) in caso gli stessi siano interessati dalla patologia o da altra concomitante e che resezioni allargate possono prevedere interventi ricostruttivi complessi.

Questi interventi possono comportare la recidiva a distanza variabile di tempo dall'intervento e/o complicanze immediate e/o tardive, quali:

- **emorragie e/o ematomi**, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed
- emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.
- Soprattutto in caso di emicolectomia sinistra (asportazione della metà sinistra del colon), si può verificare una **lesione della milza**, che può richiedere una splenectomia; tale intervento può comportare, nel postoperatorio, un incremento delle piastrine, con rischio di trombosi e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità ed infezioni.
- **deiscenza della sutura anastomotica**: consiste nella incompleta guarigione della sutura chirurgica eseguita sull'intestino, con conseguente fuoriuscita di liquido enterico dal lume intestinale nel cavo addominale, con conseguente insorgenza di peritoniti localizzate o diffuse. In questo caso potrebbe essere necessario reintervenire chirurgicamente e creare una deviazione intestinale temporanea o permanente (ileo o colostomia). Il rischio di complicazioni anastomotiche è molto maggiore e grave nei casi nei quali l'anastomosi sia molto bassa, poco sopra l'orifizio anale (in caso di tumori rettali molto bassi), o quando l'intervento venga condotto in condizioni d'urgenza.
- **ritardi nella canalizzazione** con ripresa della funzione intestinale più tardivamente.
- **occlusioni intestinali** legate a torsioni di ansa o ad aderenze o ad atonia dell'intestino stesso. In alcuni casi è necessario ricorrere ad un reintervento chirurgico.
- **disturbi urologici o della sfera sessuale**: possono presentarsi dopo interventi sul colon sinistro e sul retto, a causa dell'interruzione di sottili strutture nervose, non sempre facilmente identificabili. In casi di ritenzione urinaria è necessario il posizionamento del catetere vescicale.
- **infezioni a carico della ferita** precoci e/o tardive possono presentarsi in forma lieve o in forma più grave. Esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici.
- **lesioni neurologiche periferiche**: rare e legate a compressioni inavvertitamente causate dai bendaggi in sala operatoria; generalmente consentono una buona ripresa della funzione.
- **laparoceli**: sono **ernie addominali tardive** che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete.
- **stenosi dell'anastomosi** (restringimenti cicatriziali a livello della sutura intestinale).
- **stipsi o diarrea**, temporanee o permanenti. La diarrea è più frequente e più difficile da controllare dopo interventi di colectomia (ovvero di asportazione del colon) subtotale o totale.
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica



ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA(PEG)

La **PEG** è una procedura utilizzata in pazienti in cui sia presente una *incapacità ad alimentarsi per bocca*. La suddetta incapacità (o **disfagia grave**), può essere *permanente* o *temporanea* (superiore ad un mese).

Le **cause** di disfagia grave possono essere molteplici:

- patologie di varia natura (neoplastiche, infiammatorie, cicatriziali), che interessino l'orofaringe, l'esofago e il mediastino, provocando una ostruzione della via alimentare;
- malattie neurologiche (SLA, M. di Parkinson, sclerosi multipla, vasculopatie cerebrali, M. di Alzheimer, malattie degenerative del SNC con stato di demenza); tutte situazioni che, alterando il riflesso della deglutizione, possono provocare aspirazione di materiale alimentare nelle vie respiratorie con conseguenti episodi di polmonite "ab ingestis";
- altre patologie di varia natura: dismetabolica, gravi patologie reumatiche autoimmuni (sclerodermia), condizioni post-chirurgiche, traumi, in alcuni casi di occlusione intestinale a scopo decompressivo gastrico.

La **procedura** consiste nel creare una comunicazione tra cavità gastrica e l'esterno attraverso la parete addominale mediante una sonda, tramite la quale somministrare la nutrizione enterale, ossia la somministrazione diretta di sostanze nutritive nel tratto gastro-enterico.

Tecnica di esecuzione: la PEG si esegue previa sedazione endovenosa che può essere più o meno profonda a seconda delle condizioni del paziente. Si esegue una gastroscopia con esame completo della cavità gastrica per escludere situazioni patologiche non note e per evidenziare il punto preciso attraverso il quale far passare la sonda. In anestesia locale si pratica una piccola incisione alla parete anteriore dell'addome e si attrae la sonda all'esterno mediante un filo guida. L'alimentazione tramite sonda può essere iniziata tra le 8 e le 24 ore dopo l'esecuzione della procedura.

Preparazione: è necessario il digiuno da almeno 12 ore. Se è in corso una terapia antiaggregante o anticoagulante va sospesa 7 giorni prima. La terapia eparinica va sospesa 24 ore prima.

Complicanze:

- Febbre transitoria
- Dolore addominale transitorio
- Infezione della cute
- Pneumoperitoneo
- Sanguinamento gastrico e/o locale
- Perforazione intestinale accidentale

ASUR MARCHE-AREA VASTA n° 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. Augusto Verzelli

NOTA INFORMATIVA PAR IL PAZIENTE
INTERVENTO DI LAPAROSCOPIA/LAPAROTOMIA DIAGNOSTICA

Il/la paziente è stata informato/a che per ottenere un'informazione più dettagliata riguardo alla patologia da cui è affetto/a: _____
è indicata una :

☐ **LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA**: l'intervento previsto (che verrà eseguito in anestesia generale) consisterà nell'introduzione di una telecamera nella cavità addominale attraverso una piccola incisione. In questo modo si potrà osservare la presenza di eventuali versamenti, masse, raccolte ascessuali, infiammazioni, ecc. ed ottenere elementi utili per il successivo trattamento. Qualche volta può essere necessario introdurre un altro strumento, attraverso un'altra piccola incisione, per prelevare tessuti o altro materiale presente in cavità per esami istologici, batteriologici, ecc.

La procedura suddetta può trasformarsi da diagnostica in **OPERATIVA**, laddove vi siano le condizioni che richiedano una resezione/asportazione di lesioni a carico di qualche organo addominale. In questo caso si dovrà procedere ad altre incisioni (da 2 a 4) per posizionare gli strumenti operatori necessari all'intervento richiesto.

Sono stato/a informato/a che questo intervento può comportare delle complicanze immediate e/o tardive, quali:

- **lesioni di grossi vasi**, al momento della introduzione degli strumenti laparoscopici;
- **enfisema sottocutaneo o mediastinico** ossia diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace;
- **embolia polmonare gassosa**, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o ipercapnia, che consiste nell'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue;
- **emorragie e/o ematomi**, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni;
- **complicazioni a carico della ferita** precoci e/o tardive (infezioni) possono presentarsi in forma lieve o in forma più grave, Esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici;
- **laparoceli**, sono ernie addominali tardive che si possono formare in corrispondenza della/e ferita/e chirurgica/he e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete;
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica e farmacologica.

STENOSI VIA BILIARE

Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico

AZIENDA/USL..... OSPEDALE DI.....
UNITA' OPERATIVA DI.....Direttore: Prof./Dott.....

Io sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____,
dichiaro di essere stato/a informato/o durante la prima visita e durante il ricovero, in modo
chiaro e comprensibile dal Prof./Dott _____, che per la patologia
riscontrata: **STENOSI DELLA VIA BILIARE** (ovvero restringimento della via biliare) è
indicato l'intervento chirurgico.

Sono stata/o informato/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento
previsto consisterà in una **COLECISTECTOMIA**, ovvero nell'asportazione della colecisti (se
non già effettuata in precedenza), in una **ESPLORAZIONE** della via biliare principale ed in
una **VALUTAZIONE** della estensione della stenosi e che in conseguenza di ciò verrà stabilito
il tipo di intervento più adatto.

Mi è stato chiaramente spiegato che questo restringimento può essere di natura benigna
(cicatrizziale) o maligna (dovuta ad un tumore maligno) e che non sempre è possibile sia prima
dell'intervento che intraoperatoriamente avere conferma della natura neoplastica del
restringimento e che in ogni caso si procederà, se possibile, alla asportazione del tratto
stenotico. Durante l'intervento, tuttavia, potrebbe essere necessario modificare la tattica
chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, per la presenza di variazioni anatomiche
e/o per la diffusione della malattia ed il coinvolgimento di organi contigui.

Sono stata/o anche informato/o che l'intervento (che verrà eseguito in **anestesia generale**)
potrebbe comportare l'asportazione di parenchima epatico o di altre strutture anatomiche
coinvolte (pancreas, stomaco, milza, ecc.) ed il ripristino del flusso biliare attraverso una
nuova via confezionando una anastomosi bilio-digestiva (ovvero drenando la bile
nell'intestino) o con l'inserimento di drenaggi all'interno della via biliare stessa.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obbiettivi, i benefici (anche in
rapporto a terapie alternative, quali ad esempio il posizionamento di tubi per via endoscopica o
radiologica nella via biliare), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto
anche che vi è la possibilità di una recidiva della stenosi, specie se essa era di natura maligna, a
distanza variabile di tempo dall'intervento. Sono anche stato/a esaurientemente informato/a
delle possibili complicanze legate alla metodica chirurgica, quali:

- **lesioni vascolari** di grossi rami arteriosi dell'arteria epatica, la cui terapia è in funzione della gravità del danno;
- **emorragie** che possono richiedere un reintervento chirurgico;
- **lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti;
- **pancreatite acuta**, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Questa rappresenta una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-pancreatico.
- **deiscenze postoperatorie** di anastomosi biliari o bilio-digestive con perdite biliari e/o ileali;
- **lesioni cicatrizziali** tardive di rami della via biliare extraepatica. e/o di anastomosi confezionate, a distanza variabile di tempo dall'intervento;
- **occlusioni intestinali** specie se si ricorre al confezionamento di anastomosi bilio-digestive;

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da _____

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informata/o sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o (_____)

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e sono consapevole che comunque residueranno una o più cicatrici.

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

Ciò premesso, **Dichiaro** di essere stata/o invitata/o 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

Data.....

Il Paziente

Il Tutore



ASUR MARCHE-ZONA 6
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

CHIRURGIA DELLO STOMACO

L' affezione riscontrata in corso degli accertamenti preoperatori eseguiti consiste in una **NEOPLASIA DELLO STOMACO** malattia per cui è indicato l'intervento chirurgico.

Alla luce delle indagini preoperatorie eseguite, l'intervento previsto consisterà in una:

- ☐ **RESEZIONE NEOFORMAZIONE GASTRICA**
- ☐ **GASTRECTOMIA SUB-TOTALE**
- ☐ **GASTRECTOMIA TOTALE** con eventuale ☐ **SPLENECTOMIA**(asport.della milza)

L'intervento di **Gastrectomia Totale** prevede l'asportazione completa dello stomaco e la sua sostituzione con un segmento di intestino tenue, mentre la **Gastrectomia Subtotale** consiste nell'asportazione di circa i 4/5 dello stomaco e nell'abboccamento della porzione di stomaco residua ad un segmento di intestino tenue. . Potrebbe tuttavia essere necessario **modificare l'intervento chirurgico**, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, allargandolo ad organi vicini, per la presenza di infiltrazione diretta o per ragioni di radicalità oncologica oppure eseguendo un intervento più limitato.

L'intervento previsto verrà eseguito per via

- ☐ **LAPAROTOMICA**(incisione della parete addominale)
- ☐ **LAPAROSCOPICA**(con strumenti guidati da una telecamera)

Questo intervento può comportare complicanze quali:

- **emorragie ed ematomi** postoperatori che potrebbero comportare la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico;

- **deiscenze** a carico delle anastomosi eseguite, che spesso si risolvono con terapia conservativa, ma che in alcuni casi possono richiedere il reintervento;
- **lesioni della milza** con la necessità di praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con rischio di trombosi, e nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni;
- **lesioni pancreatiche** con possibile pancreatite acuta e/o formazione di fistola pancreatica;
- Insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**;
- formazione di **arce atelettasiche** e/o di **addensamento polmonare** con possibili, successive **infezioni** a carico dei polmoni ed eventuale **versamento pleurico**;
- insorgenza di **complicanze ischemiche cardiache**;
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

Il verificarsi di queste complicanze deriva dal fatto che ogni tipo di chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi, e che la frequenza delle complicanze può comunque essere aumentata da patologie associate: _____

Infine in caso di necessità di salvare il paziente da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica esposta, 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.



ASUR MARCHE-ZONA 6
 OSPEDALE DI FABRIANO
 DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
 U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

CHIRURGIA DELLA TIROIDE e PARATIROIDE

L' affezione riscontrata in corso degli accertamenti preoperatori eseguiti consiste in una **MALATTIA DELLA GHIANDOLA □TIROIDE □PARATIROIDE** , per la quale è indicato l'intervento chirurgico di **ASPORTAZIONE (totale o parziale)** della ghiandola stessa, che verrà praticato dall'Equipe di questa Unità Operativa.

Alla luce dei suddetti accertamenti la patologia risulta essere:

- ☐ **Nodulo singolo normofunzionante (cisti o adenoma)**
- ☐ **Nodulo singolo iperfunzionante (Adenoma tossico di Plummer)**
- ☐ **Noduli multipli normofunzionanti(Gozzo multinodulare non tossico)**
- ☐ **Noduli multipli iperfunzionanti (Gozzo multinodulare tossico)**
- ☐ **Malattia diffusa iperfunzionante(m. di Basedow)**
- ☐ **Neoplasia della tiroide**
- ☐ **Tiroidite cronica**
- ☐ **Neoformazione della paratiroide** ☐ **Superiore** ☐ **Inferiore** ☐ **dx** ☐ **sin**

L'intervento chirurgico previsto (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una:

- ☐ **TIROIDECTOMIA TOTALE**
- ☐ **EMITIROIDECTOMIA**
- ☐ **EXERESI NODULO PARATIROIDE**
- ☐ **ALTRO:** _____

Nel corso dell'intervento chirurgico ☐ **non sarà eseguito** ☐ **sarà eseguito** **un'esame istopatologico estemporaneo** sul pezzo asportato; in base all'esito potrebbe essere necessario modificare sia il tipo di anestesia sia il tipo di intervento chirurgico in rapporto alla diagnosi istopatologica estemporanea intraoperatoria; quindi l'intervento programmato potrebbe essere integrato con altri provvedimenti chirurgici.

La diagnosi anatomopatologica **definitiva** potrebbe essere diversa da quella estemporanea intraoperatoria e quindi richiedere in un secondo tempo *un'ulteriore intervento più esteso e radicale*; ciò per il fatto che la diagnosi definitiva richiede tempi più lunghi (dai 7 ai 10 giorni circa) e esami più approfonditi sul pezzo asportato e sui tessuti vicini, non effettuabili in sede di esame estemporaneo intraoperatorio.

Il tipo di intervento cui Lei sarà sottoposto, può comportare **complicanze** quali:

– **la lesione temporanea o definitiva dei nervi laringei** che innervano i muscoli delle corde vocali, con conseguenti alterazioni anche gravi (temporanee o permanenti) della voce e possibili difficoltà respiratorie che potrebbero comportare anche la necessità di una tracheostomia. Le alterazioni fonatorie possono manifestarsi con voce rauca, soffiata, diplofonica, di falsetto o anche con alterazioni del timbro, del tono, dell'estensione, dell'intensità e dell'affaticabilità vocale con difficoltà anche ad intonare il canto. A queste alterazioni della voce possono associarsi anche alterazioni deglutitorie.

– **la lesione temporanea o definitiva delle ghiandole paratiroidi** con conseguente alterazione (temporanea o permanente) del quantitativo di calcio e fosforo nel sangue e, quindi, la necessità di assumere terapia a base di calcio e vitamina D anche per tutta la vita.

– **emorragie ed ematomi post-operatori** che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico.

– La necessità di un **reintervento** cosiddetto di completamento, sia sulla tiroide (quando questa non sia stata asportata completamente) sia sui linfonodi locoregionali del collo, quando a seguito dell'esame istologico definitivo se ne ravvisasse la necessità.

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

Altre **complicanze** potrebbero essere rappresentate da: _____

Laddove la patologia per la quale verrà effettuato l'intervento sia **maligna o tale risulti durante l'intervento**, potrebbe essere necessario **modificare** l'estensione dell'intervento e praticare anche una **TIROIDECTOMIA ALLARGATA** con **LINFECTOMIA** (ovvero l'asportazione di linfonodi centrali e/o laterali ed eventualmente mediastinici) o anche l'asportazione di altre strutture (come i muscoli, porzioni di trachea, nervi, ecc. nel caso queste fossero interessate dalla malattia), ciò che potrebbe ulteriormente aumentare l'incidenza delle complicanze già segnalate, nonché causarne altre, quali:

- **lesione di strutture nervose:** nervo accessorio spinale (con conseguente alterazione della motilità della spalla), nervo frenico (con alterazione della motilità del diaframma), nervo ipoglosso (con alterazione della motilità della lingua), n. vago (con paralisi delle corde vocali ed alterazione del ritmo cardiaco) e Sistema Ortosimpatico (con alterazione del calibro della pupilla oculare).

- **lesioni di strutture vascolari** (Arteria carotide e vena Giugulare).

- **lesione del dotto toracico** (con conseguente perdita di linfa di colore lattescente dal drenaggio o di formazione di una raccolta linfatica) che può richiedere un reintervento.

La chirurgia, ed in particolare quella della tiroide, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi in quanto sia i nervi laringei sia le ghiandole paratiroidi possono andare incontro a sofferenza temporanea o definitiva anche per una serie di cause che prescindono dal corretto trattamento chirurgico (esposizione dei nervi, eventi cicatriziali, sofferenze da freddo o da calore, sofferenza vascolare e altre cause non ancora conosciute).



**ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A Verzelli**

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

**INTERVENTO CHIRURGICO
PER APPENDICITE ACUTA**

Dalle indagini preoperatorie eseguite è stata diagnosticata una sospetta **APPENDICITE ACUTA**, patologia per la quale è indicato l'intervento chirurgico. Si tratta di una patologia infiammatoria, generalmente benigna, che però, se non trattata tempestivamente, potrebbe andare incontro ad una evoluzione severa come *l'ascesso, la gangrena, fino alla perforazione appendicolare con peritonite saccata* (in caso di *ascesso*) o *diffusa e setticemia grave*, anche con possibile esito fatale. Tale affezione presenta caratteri clinici non sempre tipici, né esistono indagini che possano chiarire con sicurezza i dubbi diagnostici, cosicché nel 10-15 % dei casi, al momento dell'atto operatorio, l'appendice può presentarsi del tutto normale: tuttavia permane estesa l'indicazione chirurgica al fine di evitare i gravi rischi della peritonite. In una piccola percentuale di casi la sintomatologia dell'appendicite può essere la stessa di una possibile patologia maligna a carico dell'appendice stessa, del colon, del piccolo intestino e dell'ovaio.

L'intervento chirurgico di **APPENDICECTOMIA** consiste nell'asportazione dell'appendice malata ed in caso di infiammazione avanzata od ascesso, nel posizionamento di un drenaggio, per consentire la fuoriuscita del materiale infetto.

Intervento eseguibile in Chirurgia open ☐ Chirurgia Video-Laparoscopica ☐

In alcune situazioni potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come il colon ascendente, l'ovaio od il piccolo intestino) in caso di loro interessamento da parte della malattia.

Questo intervento può comportare a distanza variabile di tempo dall'intervento complicanze immediate e/o tardive, quali:

- **emorragie e/o ematomi**, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.

- **infezioni della ferita** precoci e/o tardive che si presentano generalmente in forma lieve; esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici.

- **perforazione intestinale**, che si presenta con dolore addominale importante e febbre che può richiedere un reintervento.

- **laparoceli**: sono ernie addominali tardive che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete. Ciò si verifica specialmente in caso di ascesso appendicolare con infezione della ferita.

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

INTERVENTO CHIRURGICO PER *EMORROIDI E PROLASSO RETTALE*

Le **EMORROIDI** sono una *dilatazione varicosa* del plesso emorroidario (vene del canale anale) e possono essere **INTERNE** o **ESTERNE** rispetto all'ano e più o meno procedenti dall'orifizio anale. Può essere associato un **PROLASSO DELLA MUCOSA RETTALE** (mucoso o totale). Il tipo di intervento previsto nel Suo caso sarà:

- ☐ **EMORROIDECTOMIA RADICALE** sec. Milligan-Morgan (resezione dei gavoccioli venosi e legatura dei poli vascolari venosi alla base)
- ☐ **EMORROIDECTOMIA** sec. Longo (asportazione mediante suturatrice meccanica di una banda circolare di mucosa del canale anale con realizzazione di una sutura muco-mucosa circa 2 cm. sopra la linea pettinata).
- ☐ La procedura **S.T.A.R.R.** (Stapled Trans Anal Rectal Resection - Prolassectomia con stapler eseguita per via transanale) consente di asportare i tessuti che ostacolano la defecazione rimuovendoli attraverso l'ano, senza incisioni chirurgiche, e di ricostruire un retto anatomicamente normale.

Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito è perciò sempre possibile per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente (ragade anale, polipo del canale anale, fistola perianale).

E' possibile in alcuni casi il formarsi, a distanza di tempo, di *emorroidi recidive* che possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

L'intervento avverrà in **ANESTESIA** ☐ **SPINALE** ☐ **GENERALE**

E' necessario un ricovero che può durare da 1 a 2-3 giorni in ragione del grado di prolasso e del tipo di anestesia praticata; la sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

Questo intervento può essere gravato da **complicanze intra- o post-operatorie**, quali:

- **lesioni agli sfinteri anali** ed al **setto retto-vaginale** nella donna.
- **sanguinamento**, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;
- **ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- **suppurazione** delle ferite chirurgiche;
- altre complicanze minori, quali la **dermatite reattiva perianale**, il **bruciore**, il **prurito**.

Più *tardivamente* possono verificarsi:

- **stenosi cicatriziale** dell'orifizio anale.
- **incontinenza ai gas** o più raramente **alle feci**, soprattutto in soggetti anziani con preesistente presenza di alterazione della continenza. Questi problemi possono essere temporanei e risolversi entro 1-2 mesi,
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.



ASUR MARCHE-ZONA 6
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

CHIRURGIA AMBULATORIALE

La patologia riscontrata, per cui il Suo Medico curante l'ha inviata a visita chirurgica presso il nostro Ambulatorio Divisionale, consiste in:

☐ _____
e necessita di terapia chirurgica mediante intervento di:

☐ _____

L'intervento verrà eseguito in **ANESTESIA LOCALE** per infiltrazione locale dopo aver accertato che Lei non abbia in passato avuto episodi di intolleranza dopo somministrazione di anestetici locali; laddove sussistesse questa evenienza verrà valutata la possibilità di effettuare l'intervento ambulatoriamente o se preferibile in regime di Day Hospital.

Se Lei assume farmaci che **diminuiscono la coagulazione del sangue** come **antiaggreganti (aspirina, ticlopidina, persantin ecc), o**

dicumarolici (Sintrom, Coumadin ecc.), ricordi che vanno sospesi almeno 10 giorni prima dell'intervento per evitare fenomeni di sanguinamento eccessivo.

Al termine dell'intervento sarà necessario un breve periodo di osservazione (circa 20 minuti) a scopo precauzionale, dopo di che Lei potrà tornare al Suo domicilio.

Potrà avvertire per le prime 24 ore una moderata sensazione dolorosa a livello della ferita operatoria, generalmente dominabile con i comuni analgesici, che Le verranno peraltro consigliati alla dimissione dopo l'intervento.

Tornerà in seguito presso il nostro Ambulatorio per medicazioni successive e rimozione punti di sutura alla data e orario che Le saranno comunicati e senza necessità di prenotazione al CUP.

Per eventuali piccole complicanze che si verificassero prima di quella data (sanguinamento della ferita, gonfiore, febbre ecc.), l'accesso all'ambulatorio è sempre possibile agli orari stabiliti; in ogni caso un Medico dell'U.O. di Chirurgia è sempre presente dalle ore 8 alle ore 20 per qualsiasi evenienza e reperibile per le ore notturne se contattato dal Pronto Soccorso ove Lei potrà rivolgersi in caso di necessità.

Residuerà in ogni caso una cicatrice nella zona dell'intervento.



ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

INTERVENTO CHIRURGICO PER RAGADE ANALE

La **RAGADE ANALE** è una piccola *ulcera (ferita) lineare* situata nella parte più bassa dell'ano che determina un **ipertono(spasmo) dello sfintere**: questa situazione provoca forte **dolore** locale che aumenta dopo la defecazione e incrementa lo spasmo dello sfintere, impedendo la cicatrizzazione della ragade stessa..

Più frequentemente la ragade anale si presenta in posizione posteriore e più raramente in sede anteriore dell'orifizio anale.

L'intervento previsto consiste nella **SFINTEROTOMIA INTERNA** (ovvero nella sezione parziale e permanente dello *sfintere anale interno*) allo scopo di ridurre l'ipertono(spasmo) sfinterico e permettere la guarigione della ragade ; esso rappresenta il trattamento più efficace rispetto alle terapie non chirurgiche (uso di dilatatori anali, farmaci, ecc.).

La cicatrizzazione completa avviene in genere entro 30 giorni dall'intervento, periodo in cui saranno necessari lavaggi ripetuti quotidiani e l'applicazione di pomate che saranno prescritte alla dimissione .Vi sarà altresì la necessità di 1 o 2 visite ambulatoriali di controllo dopo la dimissione. Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

L'intervento verrà eseguito in **ANESTESIA**: ☐ **GENERALE** ☐ **SPINALE** ☐ **LOCALE**

Il trattamento chirurgico suesposto può essere gravato da **complicanze immediate e/o tardive**.

Fra le prime le più significative sono:

- la formazione di **ematomi** con successiva possibile **infezione** e formazione di **ascesso** che richiede un drenaggio;
- brevi episodi di **incontinenza ai gas**;
- **emorragia**.

Fra le complicanze tardive, sono possibili:

- **incontinenza permanente alle feci ed ai gas**, sia pure molto raramente;
- **la recidiva della ragade**.
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

Il trattamento di queste complicanze può allungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche, anche il **reintervento chirurgico**.



ASUR MARCHE-ZONA 6
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

INTERVENTI CHIRURGICI PER ASCESSO E FISTOLA PERIANALE

Per la patologia riscontrata: ☐ **ASCESCO PERIANALE** ☐ **FISTOLA PERIANALE** è indicato il trattamento chirurgico.

L'ascesso perianale è una cavità ripiena di pus causata dall'infezione di alcune ghiandole situate nel canale anale. **La fistola perianale** è un piccolo tunnel che mette in comunicazione la sede d'origine dell'ascesso e l'orifizio cutaneo; quest'ultima è spesso una conseguenza dell'ascesso.

La terapia degli ascessi e delle fistole anali è esclusivamente chirurgica e prevede, a seconda della complessità del caso, **uno o più interventi** con tempi lunghi di guarigione e necessità di numerose visite e medicazioni.

L'intervento previsto consiste nell'☐ **INCISIONE DELL'ASCESCO** e nel suo drenaggio per permettere la fuoriuscita del pus. Il trattamento della **fistola** è molto più complesso ed esso varia a seconda dell'anatomia dei tramiti fistolosi; spesso una corretta programmazione del tipo di intervento è possibile solo intraoperatoriamente, quando, grazie al rilasciamento prodotto dall'anestesia, possono essere più agevolmente studiati i rapporti anatomici con i muscoli dell'apparato sfinterico. Il trattamento comunque è in funzione della sede e della quantità di sfintere coinvolto; può consistere, nei casi più semplici, nella ☐ **FISTULOTOMIA** (ovvero nella sezione della fistola) oppure, nelle fistole più profonde che attraversano gli sfinteri anali, nel ☐ **POSIZIONAMENTO DI UN GROSSO FILO E DI UN ELASTICO attraverso la fistola (elastotrazione lenta)** con lo scopo di drenare l'infezione e di permettere la sezione progressiva della parete muscolare interessata. L'elastico verrà messo in tensione, per evitare che si abbia una sezione completa ed immediata dello sfintere; questo iter può richiedere numerose sedute di medicazione per periodi di tempo molto variabili. Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente..

L'intervento verrà eseguito in **ANESTESIA**: ☐ **LOCALE** ☐ **SPINALE** ☐ **GENERALE**.

Questo intervento può essere gravato da complicanze immediate o tardive e che ognuna di esse può richiedere un reintervento. Le più frequenti sono:

- **recidiva della fistola o formazione di un nuovo tramite a distanza di tempo**, il che può richiedere un successivo trattamento analogo al precedente ;
- **sanguinamento**, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;

- **difficoltà a trattenere gas o feci liquide**, che nella gran parte dei casi regredisce entro 3-4 settimane.
- **ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- **suppurazione** delle ferite chirurgiche;

Le complicanze tardive possibili sono:

- **incontinenza ai gas** o più raramente **alle feci**, soprattutto in soggetti anziani con preesistente presenza di alterazione della continenza.
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze possibili sono:

Comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche nella regione perianale.



**ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. Augusto Verzelli**

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

CHIRURGIA DEL PANCREAS

L'affezione riscontrata è una **NEOPLASIA PANCREATICA ESOCRINA**

Questa neoplasia può essere di natura benigna o maligna e che spesso le indagini preoperatorie eseguite non riescono a stabilirne la natura; in ogni caso è indicato l'intervento chirurgico di **PANCREASECTOMIA** (asportazione di una parte o di tutto il pancreas), che verrà praticato dall'equipe di questa Unità Operativa. Questo intervento, a seconda della natura (benigna o maligna), della sede (testa, corpo o coda del pancreas) e dell'estensione della malattia, comporterà l'asportazione di porzioni limitate o di tutto il pancreas, spesso anche insieme ad organi contigui (colecisti, parte della via biliare, duodeno e porzione di stomaco e della milza), a seconda che debba essere asportata la parte destra o sinistra del pancreas.

L'intervento verrà eseguito per via:

☐ **LAPAROTOMICA**(incisione della parete addominale)

☐ **LAPAROSCOPICA**(introduzione degli strumenti chirurgici attraverso piccole incisioni video guidate).

La procedura chirurgica sarà eseguita in **anestesia generale** e potrebbe essere necessario modificare l'intervento in rapporto alla valutazione intraoperatoria; lo stesso potrebbe essere integrato con altri provvedimenti.

Questo intervento può essere gravato da complicanze immediate o tardive, quali:

- **emorragia digestiva o intraddominale:** per la quale potrebbe essere necessario un reintervento per la necessaria emostasi;
- **fistola biliare e/o pancreatica e/o digestiva:** che potrà richiedere un prolungamento della prevista degenza, ritardi nella ripresa dell'alimentazione ed il protrarsi della nutrizione artificiale;
- **ascesso addominale**, con necessità di drenaggio con o senza intervento;
- **protratta paralisi gastrica**, con necessità di ricorrere per 2-3 settimane alla nutrizione artificiale o mantenere più a lungo il sondino nasogastrico;
- **diabete mellito**, se in precedenza non fosse presente ovvero aggravamento dello stesso, se precedentemente presente;
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica.

ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE
CHIRURGIA DELLA COLECISTI E DELLE VIE BILIARI

L' affezione riscontrata in corso degli accertamenti preoperatori da Lei eseguiti consiste in una :

☐ **CALCOLOSI DELLA COLECISTI**

☐ **CALCOLOSI DELLA COLECISTI E DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE**

L'intervento previsto (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una

☐ **COLECISTECTOMIA per via LAPAROSCOPICA**

☐ **COLECISTECTOMIA per via LAPAROSCOPICA associata a ERCP INTRAOPERATORIA**

☐ **COLECISTECTOMIA per via LAPAROTOMICA**

☐ **COLECISTECTOMIA LAPAROTOMICA ASSOCIATA AD ESPLORAZIONE CHIRURGICA DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE**

Potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, per la presenza di anomalie anatomiche e/o di altre patologie misconosciute (calcolosi della via biliare principale, neoplasie della colecisti, fistole colecisto-duodenali, colecisto-coledociche etc...) o per impedimenti di carattere tecnico e che queste situazioni potrebbero richiedere, qualora l'intervento sia iniziato per via laparoscopica, anche la sua conversione nella via tradizionale, laparotomica, per poterlo concludere in tutta sicurezza.

In caso di accesso laparotomico residueranno una o più cicatrici a livello addominale.

Le possibili complicanze legate alla metodica chirurgica sono:

- **lesioni della via biliare extraepatica**, che possono comportare *perdita biliare* più o meno importante (ramo biliare anormale, deiscenza moncone cistico, lesione del dotto principale etc...) Tali lesioni richiedono spesso procedure aggiuntive quali la **colangio-pancreatografia retrograda (ERCP)** o il **drenaggio biliare transepatico (PTBD)**,etc. e talvolta la necessità di reinterventi.
- **lesioni vascolari** di grossi rami arteriosi dell'arteria epatica, che possono verificarsi per la presenza di tenaci aderenze che coinvolgono l'albero biliare e/o le strutture vascolari per pregressi episodi infiammatori (colecistite) o per anomalie anatomiche;
- **emorragie** che, quando si verificano nel periodo postoperatorio, possono richiedere un reintervento;
- **lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti;
- **pancreatite acuta**, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Rappresenta una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-pancreatico.
- **calcolosi residua** della via biliare principale, che potrebbe richiedere metodiche aggiuntive per la risoluzione del problema, come la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) nel corso della quale possono anche essere asportati calcoli;
- **lesioni cicatriziali** tardive di rami della via biliare extraepatica., possibili a distanza variabile di tempo dall'intervento;
- **second look** (ovvero un reintervento di completamento), in funzione del referto istologico della colecisti.
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

U.O DI CHIRURGIA OSPEDALE di FABRIANO

Nota informativa per il paziente

CHIRURGIA DELLA MALATTIA PILONIDALE

La **fistola sacro coccigea o malattia pilonidale** consiste in una cavità ripiena di pus che si forma in sede parasacrale poco sopra il coccige dovuta alla suppurazione acuta o cronica di formazioni cistiche contenenti peli, localizzate nella linea mediana del sacro e/o del coccige.

L'ascesso si può complicare con tramiti sottocutanei laterali o più raramente verso il canale anale formando **fistole** parasacrali e paracoccigee.

La terapia è **esclusivamente chirurgica** e può consistere in:

❑ **INCISIONE (E DRENAGGIO) DELL'ASCESSO**

❑ **EXERESI DELLA CISTI, FISTOLA E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO** fino ad arrivare al tessuto fasciale che riveste l'osso sacro. L'ampiezza dell'escissione e di conseguenza della ferita dipende dalla complessità della malattia. In relazione alla situazione locale ed alla complessità della malattia, la ferita potrà essere suturata con punti alla cute, **TECNICA CHIUSA**, oppure lasciata aperta, **TECNICA APERTA**, metodo che richiede un ciclo successivo di medicazioni ambulatoriali. Per entrambe le tecniche è previsto anche l'utilizzo di **TERAPIA TOPICA A PRESSIONE NEGATIVA** sia in profilassi delle deiscenze settiche che nel trattamento delle complicanze o supporto della tecnica open.

Il pezzo asportato viene inviato di routine per **esame istologico**.

L'intervento necessario per la cura della fistola avverrà in **anestesia spinale**, ma in alternativa ed in situazioni particolari e su decisione dell'anestesista, può essere impiegata **l'anestesia generale**.

Al/la paziente sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili, principalmente la possibilità che la fistola si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento e/o che l'ascesso recidivi, se è stato trattato solo in urgenza col drenaggio.

Per questo tipo di interventi è necessario un ricovero che può durare da uno ad alcuni giorni, in ragione dell'entità del problema da trattare e del tipo di anestesia praticata.

La sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

L'intervento può essere gravato da **complicanze immediate o tardive** e che ognuna di esse può richiedere un reintervento. Le più frequenti sono:

- **sanguinamento**, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;
- **ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- **suppurazione** delle ferite chirurgiche;

Altre complicanze possibili sono:

Relativamente alla convalescenza sono stato informato che:

- il periodo di recupero e di guarigione delle ferite varia a seconda della complessità del trattamento
- potranno essere necessari frequenti controlli medici ambulatoriali.

- inoltre do il mio assenso per eventuale documentazione fotografica del trattamento Pre - post operatorio, per solo utilizzo scientifico. Le foto saranno utilizzate in maniera anonima e nel rispetto della privacy.



ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. Augusto Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

INTERVENTO CHIRURGICO PER APPENDICITE ACUTA

Dalle indagini preoperatorie eseguite è stata diagnosticata una sospetta **APPENDICITE ACUTA**, patologia per la quale è indicato l'intervento chirurgico. Si tratta di una patologia infiammatoria, generalmente benigna, che però, se non trattata tempestivamente, potrebbe andare incontro ad una evoluzione severa come *l'ascesso, la gangrena, fino alla perforazione appendicolare con peritonite saccata* (in caso di *ascesso*) o *diffusa e setticemia grave*, anche con possibile esito fatale. Tale affezione presenta caratteri clinici non sempre tipici, né esistono indagini che possano chiarire con sicurezza i dubbi diagnostici, cosicché nel 10-15 % dei casi, al momento dell'atto operatorio, l'appendice può presentarsi del tutto normale; tuttavia permane estesa l'indicazione chirurgica al fine di evitare i gravi rischi della peritonite. In una piccola percentuale di casi la sintomatologia dell'appendicite può essere la stessa di una possibile patologia maligna a carico dell'appendice stessa, del colon, del piccolo intestino e dell'ovaio.

L'intervento chirurgico di **APPENDICECTOMIA** consiste nell'asportazione dell'appendice malata ed in caso di infiammazione avanzata od ascesso, nel posizionamento di un drenaggio, per consentire la fuoriuscita del materiale infetto.

L'intervento verrà eseguito per via

◊ **LAPAROSCOPICA**

◊ **LAPAROTOMICA CLASSICA**

In alcune situazioni potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come il colon ascendente, l'ovaio od il piccolo intestino) in caso di loro interessamento da parte della malattia.

Questo intervento può comportare a distanza variabile di tempo dall'intervento complicanze immediate e/o tardive, quali:

- **emorragie e/o ematomi**, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.

- **infezioni della ferita** precoci e/o tardive che si presentano generalmente in forma lieve; esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici.

- **perforazione intestinale**, che si presenta con dolore addominale importante e febbre che può richiedere un reintervento.

- **laparoceli**: sono ernie addominali tardive che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete. Ciò si verifica specialmente in caso di ascesso appendicolare con infezione della ferita.

L'intervento verrà eseguito in **ANESTESIA GENERALE** e in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale.



ASUR MARCHE-ZONA 6
OSPEDALE DI FABRIANO
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DI CHIRURGIA
Primario Dr. A. Verzelli

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

INTERVENTO CHIRURGICO PER ADDOME ACUTO

In seguito agli accertamenti (radiologici e di laboratorio) eseguiti e al quadro clinico presente, è stata formulata diagnosi di **ADDOME ACUTO**, ovvero una situazione acuta che può essere dovuta ad una grande varietà di patologie e che in questo caso potrebbe consistere in: _____

In base a questa diagnosi si rende necessario un **intervento chirurgico d'urgenza**.

La diagnosi, tuttavia, *potrebbe cambiare intraoperatoriamente*, dopo aver ispezionato la cavità addominale.

Il trattamento chirurgico (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una **LAPAROTOMIA ESPLORATIVA**: in base alla valutazione intra-operatoria si stabilirà l'intervento più idoneo da eseguire in base alla situazione riscontrata.

Sono possibili le seguenti sequele e/o complicanze:

- **emorragie ed ematomi postoperatori** con necessità di emotrasfusioni, re-interventi a scopo emostatico oppure **infezioni chirurgiche**;
- formazione di **ascessi intra-addominali** che dovranno essere drenati per via percutanea oppure per via chirurgica;
- **lesioni pancreatiche** e conseguente **pancreatite acuta**;
- eventuali **resezioni intestinali** (stomaco, intestino tenue e crasso) con possibili **deiscenze dell'anastomosi** e successivo re-intervento;
- necessità di **ileo- e/o colostomia temporanea o definitiva** (ovvero abboccamento di un'ansa dell'intestino tenue o del colon alla parete addominale) con possibilità di sviluppo di ernie parastomali;
- in caso di grave sepsi della cavità peritoneale, la necessità di una **relaparotomia**;
- formazione di **laparocele** in sede di ferita chirurgica con necessità di ulteriore intervento di plastica della parete;
- insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**;
- **disturbi cerebro-cardiocircolatori** (aritmie cardiache, iper-/ipotensione, infarto miocardico, ictus cerebrale, scompenso cardiaco ed edema polmonare);
- insorgenza di **insufficienza renale acuta**;
- formazione di **versamento pleurico**;
- eventuale **re-intervento** per patologia neoplastica avanzata oppure per malattia diverticolare complicata;
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Residueranno in ogni caso una o più cicatrici addominali.

U.O DI CHIRURGIA OSPEDALE di FABRIANO

Nota informativa per il paziente

CHIRURGIA DELLE NEOFORMAZIONI CUTANEE, DEI TESSUTI MOLLI DEL SOTTOCUTE, AMPLIAMENTO PREGRESSE EXERESI CUTANEE CON EVENTUALE RICERCA LINFONODO SENTINELLA E RIMOZIONE LINFONODI MEGALICI

Le neoformazioni cutanee , dei tessuti molli del sottocute ed i linfonodi megalici vengono sottoposti ad intervento di **ASPORTAZIONE** che consiste nella rimozione del tessuto per la presenza di una patologia degenerativa, evolutiva o compressiva sui tessuti sottostanti, è possibile l'ampliamento di exeresi chirurgiche eseguite in precedenza.

L'intervento viene eseguito in regime di DAY-SURGERY con dimissione la sera stessa dell'intervento, occasionalmente in anestesia generale con permanenza seppure limitata in Ospedale.

Il prelievo eventuale del linfonodo sentinella dopo linfoscintigrafia consiste nella exeresi del primo linfonodo drenante linfa dal territorio della lesione o della pregressa lesione escissa, alla sua exeresi seguirà studio istologico particolare per escludere la presenza di cellule di provenienza da detta lesione, nel caso di positività potrebbe essere necessario ulteriore intervento chirurgico con rimozione di altri linfonodi.

Se sussiste la necessità di posizionare un drenaggio (dimensione, localizzazione della neoformazione etc..) il ricovero può protrarsi fino al giorno successivo.

Il pezzo asportato viene inviato per esame istologico per una corretta diagnosi definitiva.

L'anestesia più frequentemente usata è quella locale, eventualmente unita a una sedazione in taluni casi è possibile l'esecuzione di anestesia generale.

L'intervento è generalmente privo di rischi, tuttavia possono essere riscontrate le seguenti complicanze:

- ❑ **Infezione**
- ❑ **Irritazione localizzata**
- ❑ **Dolenzia, ipoestesia, parestesie pericicatriziali**
- ❑ **Sanguinamento**
- ❑ **Linforrea(uscita di siero per alcuni giorni dopo asportazione di linfonodi)**

Tali complicanze possono verificarsi anche a seguito di un intervento correttamente condotto.

REGIONE MARCHE
ASUR MARCHE-AREA VASTA 2
OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"
U.O. CHIRURGIA

colelitiasi
pre - post chirurgica e
patologie epato-biliari

Alimenti permessi

Pasta, semolino, riso, passato di verdura. Usare per il condimento sugo di pomodoro preparato con aromi e olio non soffritto, brodo di carne molto leggero e sgrassato, brodo vegetale
pane ben cotto - preferibilmente la crosta- o tostato; grissini, fette biscottate, biscotti secchi e l'infanzia
carne magra - vitello, vitellone, petto di pollo, petto di tacchino, pollo senza pelle, prosciutto crudo magro poco salato, prosciutto cotto senza grasso, bresaola
pesce magro -sogliola, nasello, palombo, spigola, orata -
cuocere ai ferri, al vapore, in padella antiaderente, al cartoccio - evitare di far soffriggere l'olio
formaggi tra i meno grassi: mozzarella, robiola, fiocchi di latte
yogurt magro o alla frutta, latte scremato

patate, carote, zucchine, asparagi, bietole, spinaci, lattuga tenera, pomodori maturi e senza pelle
cuocere in acqua o al vapore o in padella senza far soffriggere l'olio
frutta fresca matura, macedonia, marmellate, gelatine di frutta
acqua e bevande non gasate

alimenti da consumare con moderazione

latte intero, albume d'uovo, brodo di carne leggero e sgrassato, pollo arrosto, coniglio arrosto o in padella
cavolfiori, legumi interi
formaggi tipo: parmigiano crescenza, caciotta fresca, pecorino fresco, Bel Paese, gruviera, scamorza
tè e caffè leggeri

alimenti da evitare

uova intere e tuorlo
brodo di carne grasso, antipasti salati e piccanti
pane fresco, mollica di pane
grassi animali (burro, pancetta, lardo) tagli di carne grassi, grasso visibile di ogni tipo di carne, oca, agnello, montone, capretto, selvaggina
insaccati, interiora, cervella, animelle, rognone, fegato, lumache
pesce grasso - salmone, anguilla, sgombero, crostacei, frutti di mare
fritture in genere, intingoli
panna, mascarpone, gorgonzola, pecorino, provolone, piccante o affumicato
sottaceti e alimenti sott'olio, salse, spezie, mostarda
pomodori acerbi, ravanelli, verdure contenenti fibre consistenti anche dopo la cottura (gobbi, parte esterna dei finocchi, costa dura delle bietole, ecc.)
frutta non matura, frutta secca
gelati, cacao, cioccolata, pasticceria in genere, caffè e tè forti
vini, birra, aperitivi, liquori
bevande ghiacciate in genere

da osservare per un periodo di..... 1 mese.....

pagina 1 di 1

REGIONE MARCHE
ASUR Marche
Area Vasta 2 Fabriano
OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI "

U.O. Chirurgia

Sig.

Malattia Diverticolare consigli dietetici

Si presentano **2 fasi** che richiedono una diversa alimentazione

1) Diverticolite (emorragia, infezione, dolore)

2) Diverticolosi (assenza di infiammazione e di emorragia)

1 - Diverticolite

Nella fase di infiammazione l'alimentazione deve essere leggera, l'intestino non deve essere irritato né stimolato da cibi voluminosi o irritanti

Primi piatti

Semolini, creme di cereali (avena, orzo, riso, mais e tapioca).

Minestra con pastina o riso in brodo vegetale filtrato e leggero o cotta in acqua.

Pasta asciutta preferibilmente di piccolo taglio condita con olio o burro o pomodoro passato

Secondi piatti

Carni magre: vitello, vitellone, petto di pollo, petto di tacchino, coniglio cotte a vapore o in padella con olio e poca acqua per non soffriggere l'olio o al forno (tipo roast-beef) o macinata in polpette o hamburgers.

Prosciutto crudo magro del tipo meno salato, prosciutto cotto senza conservanti, bresaola.

Pesce: sogliola, nasello, merluzzo, palombo, razza, spigola lessati o ai ferri o in padella con poco pomodoro e odori.

Uova: a la coque o in camicia

Contorni

Patate, carote, zucca, zucchine lessate

Latte e formaggi

Latte ad alta digeribilità (tipo Zymil) -- valutare se tollerato --

Formaggi poco grassi: mozzarella, stracchino, robiola, fior di latte, ricotta di mucca, ricotta di pecora.

Parmigiano ben stagionato in piccole quantità (gr.30 – 40)

Grassi di condimento

Olio d'oliva extra vergine, burro fresco in piccole quantità

- devono essere usati sempre a crudo -

Frutta : mele, pere crude sbucciate e grattugiate. Banane. Spremute di agrumi

Mele o pere cotte a pezzi oppure intere consumate senza buccia.

Pane tostato o biscottato

Tè e orzo leggeri e zuccherati

Masticare sempre bene e a lungo.

Evitare le bevande gasate

Evitare la frutta poco matura

Evitare le spezie: pepe, peperoncino, noce moscata

DA OSSERVARE PER UN PERIODO DI: 20 GIORNI

2 – Diverticolosi : A SEGUIRE

Deve essere effettuata un'alimentazione ricca di fibre e di acqua per evitare la stipsi o stitichezza e mantenere l'intestino attivo e regolare

La fibra è contenuta in maggiori quantità nella **frutta**, nelle **verdure**, nei legumi, nei **cereali integrali** come pasta integrale o di farro, pane integrale, fette biscottate e biscotti integrali, farina di avena.

Gli alimenti contenenti fibre devono essere consumati con una frequenza di almeno 5 porzioni al giorno

Le pietanze (a rotazione nella settimana tra carne, pesce, uova, formaggi, ecc.) devono essere presenti con 1-2 porzioni al giorno.

Cucinare sempre in maniera semplice, evitando le parti grasse delle carni e le preparazioni elaborate.

Alcuni tipi di frutta in particolare hanno un notevole potere lassativo:

prugne fresche o secche, succo di prugna, prugne cotte

pera e succo di pera, pere cotte

mele cotte

kiwi (togliere i semi)

Legumi: se non sono ben tollerati si consiglia di consumarli passati

Bere acqua non addizionata con anidride carbonica preferibilmente bicarbonato-alcalino – terrosa (es. Sangemini) liberamente e abbondantemente sia a pasto che lontano dai pasti

Si ricorda che un'attività fisica praticata regolarmente
(es. camminare ½ ora 1 volta al giorno senza fermarsi o altro è fondamentale per
mantenere l'intestino attivo.

Alimenti da evitare

Cacao, cioccolato
Formaggi fermentati e piccanti come il gorgonzola, provolone, caciocavallo, pecorino,
camembert
Salumi, insaccati, carni grasse
Fritti, stufati, umidi, salse, intingoli grassi.
Banane, nespole, mirtilli, noci e frutta secca in genere
Crusca

Escludere dagli alimenti che ne contengono tutti i semi e gli acini

Alimenti da consumare con moderazione sia in frequenza che in quantità

Riso
Gelati, bevande ghiacciate.
Alcolici, caffè
Spezie: pepe, peperoncino, noce moscata

REGIONE MARCHE
ASUR Zona Territoriale n°6 Fabriano
OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"

U.O. Chirurgia

Malattia Diverticolare
consigli dietetici

Diverticolite

in fase di remissione

Primi piatti

Semolino o pastina o riso in brodo vegetale filtrato e leggero o brodo di carne leggero e sgrassato

Pasta asciutta -preferibilmente di piccolo taglio - condita con olio o burro o pomodoro passato

Secondi piatti

Carni magre: vitello, vitellone, petto di pollo, petto di tacchino, coniglio cotte a vapore o in padella con olio e poca acqua per non soffriggere l'olio o al forno (tipo roast-beef) o macinata in polpette o hamburgers.

Prosciutto crudo magro del tipo meno salato, prosciutto cotto senza conservanti, bresaola.

Pesce: sogliola, nasello, merluzzo, palombo, razza, spigola lessati o ai ferri o in padella con poco pomodoro e odori.

Uova: a la coque o in camicia

Contorni

Patate, carote, zucca, zucchine lessate, lattuga tagliata fina, cuori di carciofi, spinaci tagliati, legumi passati (le verdure vanno provate per valutarne la tollerabilità)

Latte e formaggi

Latte ad alta digeribilità (tipo Zymil) -- valutare se tollerato --

Formaggi poco grassi: mozzarella, stracchino, robiola, fior di latte, ricotta di mucca, ricotta di pecora.

Parmigiano ben stagionato in piccole quantità (gr.30 – 40)

Grassi di condimento

Olio d'oliva extra vergine, burro fresco

- devono essere usati sempre a crudo -

Frutta : mele, pere crude sbucciate e grattugiate. Banane. Spremute di agrumi

Mele o pere cotte a pezzi oppure intere consumate senza buccia.

Pane ben cotto o tostato o biscottato
Tè e orzo leggeri e zuccherati

Bere acqua non addizionata con anidride carbonica preferibilmente bicarbonato-
alcalino – terrosa (es. Sangemini) liberamente e abbondantemente sia a pasto che
lontano dai pasti

Cucinare sempre in maniera semplice, evitando le parti grasse delle carni e le
preparazioni elaborate.

Masticare sempre bene e a lungo

Alimenti da evitare

Evitare le bevande gasate

Evitare la frutta poco matura e nespole, mirtilli, noci e frutta secca in genere

Evitare le spezie: pepe, peperoncino, noce moscata

Cacao, cioccolato

Formaggi fermentati e piccanti come il gorgonzola, provolone, caciocavallo, pecorino,
camembert

insaccati e carni grasse

Fritti, intingoli grassi.

Crusca, alimenti integrali

Gelati, bevande ghiacciate.

Alcolici, caffè

Escludere dagli alimenti che ne contengono tutti i semi e gli acini

E' utile integrare l'alimentazione con

fibre idrosolubili come lo psyllium (PSYLLOPLUS)

fermenti lattici lactobacillus gg (Dicoflor) e bidobacterium (Zirfos)

Si ricorda che un'attività fisica praticata regolarmente

(es. camminare ½ ora 1 volta al giorno senza fermarsi è fondamentale per attuare un
corretto stile di vita .

**ASUR MARCHE
AREA VASTA 2
OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI " - FABRIANO
U.O. di CHIRURGIA**

Sig.

Consigli dietetici per un'alimentazione frazionata

Come norma generale si consiglia di mangiare lentamente, masticare bene o consumare alimenti tritati o frullati, suddivisi in almeno 6 piccoli pasti. Evitare di bere abbondantemente a pasto, bere lentamente tra un pasto e l'altro.

Primi piatti

Pasta asciutta (spaghettini o pasta corta di piccolo formato), polentina, gnocchi di semolino conditi con sugo di pomodoro o olio o ragu' leggero fatto con carne macinata magra e poco olio non soffritto.

Creme di cereali (es. avena, orzo, riso) semolino, minestrine di pasta di semola o all'uovo o glutinata o riso di piccolo formato cotte in brodo vegetale filtrato o in acqua o in brodo di carne molto leggero e sgrassato; le minestre vanno consumate piuttosto asciutte.

Pietanze

Carni magre: vitello, vitellone, pollo, tacchino, coniglio, cavallo cotte a vapore o in padella con olio e poca acqua o alla pizzaiola senza soffriggere l'olio o al forno tipo roast-beef o macinata o in polpette o hamburgers
I vari tipi di carne vanno privati della pelle e del grasso visibile.

Pesce: sogliola, nasello, merluzzo, palombo, razza lessati o ai ferri o in padella con poco pomodoro e odori o al forno usando carta forno o alluminio

Prosciutto crudo del tipo meno salato, prosciutto cotto senza conservanti

Uova: in camicia o a la coque.

Latte e formaggi:

Latte scremato o, in caso di intolleranza, latte ad alta digeribilità (tipo Zymil o H.D.) yogurt naturale o alla frutta
formaggi del tipo meno grasso: mozzarella, stracchino, robiola, caciotta di mucca, ricotta di mucca e di pecora, parmigiano in piccole quantità

Grassi di condimento:

Olio d'oliva extra vergine, burro usato a crudo in piccole quantità

Contorni e frutta

Verdura cotta

Patate, carote, zucchine da consumarsi lesse; gradatamente aggiungere piccole quantità di bietole o spinaci lessati ben tritati

Verdure crude: lattuga molto tenera tagliata sottile, pomodori senza pelle

Mele o pere cotte a pezzi o intere ma consumate senza buccia
mele o pere crude sbucciate e consumate a pezzetti o grattugiate, banane
oppure frullate anche con aggiunta di latte (tipo frappè da usarsi anche come spuntino).
Spremute di agrumi da consumarsi preferibilmente a fine pasto (stomaco pieno)

Pane ben cotto o tostato, fette biscottate

Budini, creme e dolci a base di semolino, riso, zucchero e latte
Torte e ciambelloni di preparazione casalinga

Orzo, tè decaffeinato, caffè decaffeinato, camomilla.

Si consiglia di evitare

Brodo di carne grasso e concentrato, estratti di carne; minestrone, ravioli, tortellini
Ragù di carne e condimenti che prevedano l'uso di carne grassa o pancetta o soffritti.
Carni grasse: oca, agnello, capretto; cacciagione, salumi, carni affumicate o conservate.
pesci grassi e conservati: anguilla, aringa, capitone, tonno e alici sott'olio

Lardo, strutto, pancetta, tutti i grassi fritti.

Latte intero. Panna.

Formaggi grassi e fermentati (mascarpone, pecorino, gorgonzola)

Uova fritte o in maionese o sode.

Cicoria, carciofi, peperoni e tutte le verdure che presentino fibre consistenti anche dopo la cottura.

dolci contenenti panna, cioccolato, liquori, frutta secca

pane fresco con molta mollica

bibite ghiacciate, caffè, tè, vino, birra, aperitivi, liquori.

DA OSSERVARE PER UN PERIODO DI.....

dietista

Valeri Maria Teresa tel 0732 707238

Malattie dello stomaco

indicazioni dietetiche

Si consiglia di:

- utilizzare preferibilmente e per quanto possibile alimenti naturali e non preparati industrialmente
- preparare i piatti usando i più semplici modi di cottura
- consumare pasti poco voluminosi intervallati da spuntini, mangiare lentamente, masticare bene
- evitare di ingerire bevande gassate e alimenti troppo caldi o troppo freddi

Alimenti permessi

Latte magro o parzialmente scremato, yogurt
Ricotta, mozzarella di mucca, stracchino, parmigiano, grana

Pasta di semola, riso, semolino, gnocchi di patate preparati con patate fresche
Come condimento usare olio a crudo o sugo di pomodoro cotto e passato con erbe aromatiche a piacere

Per le minestre usare brodo vegetale o acqua

Pane bianco ben cotto senza sale né condimenti preferibilmente tostato o senza mollica, grissini, fette biscottate, biscotti secchi

Carni magre: vitello, vitellone, cavallo, coniglio, pollo senza pelle, tacchino senza pelle, petto di pollo e di tacchino

La carne deve essere cucinata preferibilmente al vapore, lessa, ai ferri, al forno, al cartoccio

Pesce magro: merluzzo, sogliola, palombo, rombo, polpo, seppie

Pesce azzurro: alici, sgombri, sarde

Anche il pesce - come la carne - deve essere cucinato in modo semplice

Il pesce può essere sia fresco che surgelato

Prosciutto crudo magro, prosciutto cotto, bresaola. Uova a la coque o in camicia

Verdure cotte: ad esclusione di quelle indicate tra gli alimenti da evitare

la verdura deve essere cotta in acqua o al vapore o in padella antiaderente

verdure crude: tagliate in piccoli pezzi; deve essere valutata la tollerabilità individuale

Per i legumi - fagioli, ceci, lenticchie, piselli, fave, ecc. - va valutata individualmente la

tollerabilità, vanno comunque consumati passati e come piatto unico (non associarli a carne o formaggio).

Frutta di stagione cotta e cruda: albicocche, arance, mandarini, pere, pesche, pompelmo, susine, amarene, cachi, fichi, uva, melone, cocomero, fragole, ecc.

Gli agrumi - arance, mandarini, pompelmo – devono essere consumati a stomaco pieno preferibilmente come spremuta

Bevande: orzo, camomilla, succhi di frutta

in caso di consumo di acqua minerale scegliere tra le acque bicarbonato- alcaline (tipo uliveto) non gassate

Miele, zucchero, marmellate, gelatine e marmellate di frutta.

Gli aromi e gli odori possono essere usati secondo preferenza personale: basilico, prezzemolo, salvia, aglio cotto, cipolla cotta, sedano cotto, ecc.

evitare le spezie piccanti come peperoncino, pepe, paprika

Grassi di condimento: olio extra vergine di oliva preferibilmente crudo, burro a crudo

Alimenti da escludere

Formaggi molto grassi e piccanti come: brie, burrini, caciotte fresche, asiago, mascarpone, caciocavallo, gorgonzola

Carni grasse: castrato, gallina, oca, capretto, agnello grasso, maiale grasso, brodo di carne il grasso visibile di ogni tipo di carne

Carni insaccate: lonza, salame, mortadella, coppa, cotechino

Carni conservate ed affumicate

Frattaglie, interiora, animelle: cervello, fegato, trippa, cuore, ecc.

Pesce grasso tipo: anguilla, capitone, storione

Pesce conservato sott'olio tipo tonno e alici

Uova in frittata, in padella, sode

Burro (cotto), margarina, strutto, lardo, pancetta

Estratti e concentrati di carne, dado per brodo.

Sughi grassi, tutte le frittture, intingoli.

Pane di segale o integrale

Cavoli, rape, peperoni, ravanelli e verdure non tollerate individualmente

Verdure conservate sott'olio. Olive. Antipasti in genere, tartine, salse come maionese, senape, ecc

Frutta secca ed oleosa come noci, nocciole, mandorle, castagne, datteri, fichi secchi, uva passa.

Cioccolato, cacao, tutti i dolci e la pasticceria in genere sia fresca che confezionata, panna.

Bevande alcoliche e nervine: vino, birra, aperitivi, digestivi, spumanti, coca cola, tè, caffè

MALATTIE DEL PANCREAS
indicazioni dietetiche

Alimenti permessi

Pasta preferibilmente di piccolo formato, riso, semolino, crema di riso
Usare brodo vegetale filtrato o passato o brodo di carne leggero e sgrassato o sugo di pomodoro passato senza grassi di condimento cotti

Pane tostato oppure solo la crosta esterna, fette biscottate, grissini senza grassi

Carni bianche magre (pollo, coniglio, tacchino, vitello o vitellone) cotte ai ferri o lesse o arrosto senza salsa
Prosciutto crudo magro

Pesce magro: sogliola, nasello, merluzzo, spigola, palombo cotti ai ferri o lessi o al forno aggiungendo olio in piccola quantità dopo la cottura

Condimento: olio d'oliva extra vergine usato a crudo
Formaggi meno grassi: ricotta, mozzarella, belgioioso, fiocchi di latte
Latte magro, yogurt magro

Frutta fresca matura, mele e pere cotte. Patate lesse, purè, verdure cotte passate

Zucchero, miele, marmellate casalinghe. Acqua non gasata, tè leggero, orzo

Alimenti proibiti

Brodo di carne grasso, minestrone, pasta all'uovo, lasagne, cannelloni, ravioli, ecc.
Pane fresco, pasta e risotti con sughi grassi ed elaborati
Carni in umido, cacciagione, carni grasse come oca, capretto, agnello, maiale, fegato, rognoni, cervella, lumache
Pesce grasso come anguilla salmone, crostacei
Salumi e insaccati
Burro, panna, crema di latte, mascarpone, gorgonzola e altri formaggi
Uova
Sottaceti e alimenti sotto salamoia, pepe e spezie in genere
Frutta poco matura, frutta secca, frutta oleosa come noci, arachidi, ecc.
Dolci in genere, gelati
Vino, birra, liquori e tutti gli alcolici
Bevande gasate, caffè e tè forte

mangiare lentamente masticando molto bene
In caso di mancanza di masticazione consumare semolini o pastina di piccolo formato, carne macinata, verdure frullate, frutta cotta

da osservare per un periodo di.....

pagina 1 di 1

ASUR MARCHE
AREA VASTA 2-OSPEDALE di Fabriano
OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"
U.O. CHIRURGIA

Sig.

PATOLOGIE DELL'INTESTINO
Consigli dietetici

Come norma generale si consiglia di mangiare lentamente, masticare bene, consumare pasti non eccessivamente abbondanti intervallati da spuntini;
si faccia attenzione anche alla temperatura degli alimenti e bevande che non devono essere bollenti ne', soprattutto, troppo freddi

Far uso preferibilmente di alimenti genuini e non confezionati industrialmente

PRIMI PIATTI@

semolini, creme di cereali (avena, orzo, riso, mais)

minestra con pastina di piccolo formato cotta in brodo vegetale filtrato molto leggero o cotta in acqua

pasta asciutta di piccolo formato condita con sugo di pomodoro e olio a crudo

PIETANZE

carni magre: vitello, vitellone, pollo senza pelle, coniglio, cavallo, cotte al vapore o in padella con olio e poca acqua per non far soffriggere l'olio o macinate in polpette o hamburgers

prosciutto crudo magro del tipo meno salato, prosciutto cotto senza conservanti entrambi privati del grasso.

pesce: sogliola, nasello, merluzzo, palombo, razza, spigola lessati o alla griglia, in padella con pomodoro e odori
uova a la coque o in camicia o sode

ricotta di mucca, ricotta di pecora, parmigiano, mozzarella, stracchino, robiola

GRASSI DI CONDIMENTO

olio d'oliva extra vergine, burro fresco in piccole quantità sempre usato a crudo

CONTORNI, FRUTTA E VARIE

patate, carote, zucchine senza semi;

provare un tipo alla volta valutandone la tollerabilità:

cuori di carciofi, agretti, bietole, pomodori senza buccia consumati passati o tagliati molto piccoli

per tutti i contorni si consiglia la cottura in acqua e come condimento olio crudo

pere, mele crude intere o grattugiate senza buccia, melone, spremute di agrumi

mele o pere cotte a pezzi o intere senza buccia

banane

pane comune tostato oppure solo la crosta esterna, fette biscottate

latte ad alta digeribilità tipo: zymil, H.D, ecc. introdotto in piccole quantità e solo se tollerato
tè leggero, orzo, miele, zucchero.

Yogurt naturale da latte magro (per lo yogurt naturale da latte intero provare la tollerabilità),

ALIMENTI DA EVITARE

brodo di carne concentrato, estratti di carne, minestrone, ravioli, tortellini

ragù di carne e condimenti che prevedano l'uso di carne grasse, affumicate, conservate, soffritti

carni grasse: oca, agnello, maiale grasso, capretto, cacciagione, salumi, carni conservate

pesci grassi: anguilla, sgombero, triglia, crostacei, molluschi pesci conservati: tonno, alici, ecc.

lardo, strutto, tutti i grassi e gli oli fritti. latte, panna. Uova in padella o in frittata o in maionese

formaggi grassi e fermentati (pecorino, caciotte, mascarpone, gorgonzola, emmentale)

verdure crude e inoltre: peperoni, ravanelli, finocchi, funghi, melanzane, cicoria, carciofi e tutte le verdure che presentino fibre consistenti anche dopo la cottura. Cibi integrali in genere.

frutta secca, noci, castagne, frutta cruda poco matura bibite ghiacciate, caffè, liquori, aperitivi

dolci contenenti panna, cioccolato, liquori, budini e dolci in genere, cacao, pane fresco con mollica

DA OSSERVARE PER UN PERIODO DI :2/3 mesi

dietista Valeri Maria Teresa tel 0732/707238

REGIONE MARCHE
 Zona territoriale n°6 Fabriano
 OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"
 u.o. chirurgia

CALCOLOSI OSSALICA

ALIMENTI PERMESSI perché a basso contenuto di ossalati	ALIMENTI DA USARE CON MODERAZIONE perché a medio contenuto di ossalati	ALIMENTI DA EVITARE perché ad alto contenuto di ossalati
latte yogurt, formaggio, manzo, agnello, maiale, pollame, uova, pesce, molluschi, crostacei, cavolfiori, cipolle, funghi, ravanelli, pomodori maturi, banane, ciliegie, mela, mango, avocado, melone, pesca, uva bianca, cocco, cereali per colazione, pane, pasta, riso, maionese, oli vegetali, burro acqua oligominerale tutti gli alimenti non citati nelle altre parti	caffè, sardine, asparagi, broccoli, carote, lattuga, piselli, pomodoro non maturo, rape, albicocche, ribes, ciliegie, ananas, pere, pesche, susine, prugne, pan di Spagna, pane di mais	birra scura, tè, miscele di tè liofilizzato, cacao, cioccolato, marmellata, fagioli cardì, cavoli, cetrioli, melanzane, porri, peperoni verdi senape, patate dolci, prezzemolo in grossa quantità scarola, spinaci, mirtilli, more, fragole, lamponi, mandarini, arance, rabarbaro, uva nera, succhi di frutta, scorze di agrumi, germe di grano, crusca, crackers di soia, mais bianco, noci, mandorle, carrube acqua minerale alcalina

Tel.: Sala Endoscopia 0732 707285 - Reparto 0732 707318 - Uff. Prenotazioni CUP REGIONALE 800 098 798

PREPARAZIONE PER ESAMI ENDOSCOPICI

- GASTROSCOPIA

Presentarsi a digiuno da almeno 6 ore.

- COLONSCOPIA:

Tre giorni prima dell'esame fare una dieta priva di scorie vegetali (evitare frutta, verdure cotte e crude, cereali, crusca, ecc..)
N.B. se stipsi cronica, la sera prima della preparazione assumere 6 compresse di PURSENNID.

Il pomeriggio precedente l'esame, a partire dalle ore 16,00, assumere SELG ESSE 1000 (da acquistare in farmacia) seguendo le istruzioni d'uso: sciogliere il prodotto in acqua fredda (4 litri) ed assumere l'intero quantitativo in 4 ore circa (1/4 di litro ogni 15 minuti) ed osservare una dieta esclusivamente liquida (succhi di frutta, brodo, tè, acqua, ecc..)

In alternativa è possibile eseguire preparazione con CITRAFLEET:

- ore 13,00 CITRAFLEET 1 busta sciolta in un bicchiere d'acqua, a seguire bere 2 litri di liquidi chiari (acqua, tè, tisane ecc..) 250 ml ogni ora.
- ore 19,00 CITRAFLEET 1 busta sciolta in un bicchiere d'acqua, a seguire bere 2 litri di liquidi chiari (acqua, tè, tisane ecc..) 250 ml ogni ora.

Questi prodotti inducono una diarrea acquosa finalizzata ad un completo lavaggio del colon.

La mattina dell'esame eseguire un clistere tipo SORBICLIS (prodotto confezionato in farmacia).

Il giorno dell'esame presentarsi a digiuno ed accompagnati.

RETTOSIGMOIDOSCOPIA:

TRE GIORNI PRIMA DELL'ESAME DIETA PRIVA DI SCORIE VEGETALI.

LA SERA PRIMA CENA LEGGERA SEMILIQUIDA E DOPO ASSUMERE UN PURGANTE (PURSENNID 6 CP).

IL GIORNO DELL'ESAME PRATICARE UN CLISTERE EVACUATIVO CON DUE SORBICLIS.

E' POSSIBILE UNA LEGGERA COLAZIONE.

PORTARE IMPEGNATIVA DEL MEDICO CURANTE PER L'ESAME (gastroscopia, colonscopia...) REGOLARMENTE REGISTRATA PRIMA DELLO STESSO ALL'UFFICIO TICKET.

**NEL CASO NON LE FOSSE POSSIBILE EFFETTUARE LA PRESTAZIONE,
LA PREGHIAMO DI CONTATTARE ALMENO 5 GIORNI PRIMA DELL'ESAME
IL C.U.P. REGIONALE AL N. 800 098 798**

AVVERTONO I SIGNORI UTENTI, CHE L'ORARIO DI INIZIO DELL'ESAME E' INDICATIVO, POTENDO SUBIRE VARIAZIONI IN RISPONDO A VARI FATTORI (COMPLESSITA' DEGLI ESAMI PRECEDENTI, DISPONIBILITA' STRUMENTALE, URGENZE, ECC..)

1.

PORTARE SEMPRE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE CLINICA RELATIVA (IN PARTICOLARE ESAMI PRECEDENTI E RADIOGRAFIE) E TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO.

PREPARAZIONE PER IL CLISMA OPACO DEL COLON E DEL TENUE

Due giorni prima dell'esame:

- ✓ colazione, pranzo, cena: dieta liquida secondo le indicazioni allegate (vedi retro);
- ✓ durante la giornata si raccomanda l'assunzione di liquidi (acqua, tè, orzo, camomilla, spremuta d'agrumi).

Il giorno prima dell'esame:

- ✓ ore 07,00 - colazione secondo la dieta allegata
- ✓ ore 08,00 - ingerire 12 compresse di PURSENNID (compresse allegate)
- ✓ ore 13,00 - pranzo secondo la dieta allegata
- ✓ ore 15,00 - bere un bicchiere di acqua tiepida in cui siano stati disciolti 15 grammi di Solfato di Magnesio (una delle bustine allegate)
- ✓ dalle ore 15,30 alle ore 16,30 bere acqua non gassata per un totale di un litro
- ✓ ore 17,00 - bere un altro bicchiere di acqua tiepida in cui siano stati disciolti 15 grammi di Solfato di Magnesio (altra bustina allegata)
- ✓ dalle ore 17,30 alle ore 18,30 bere acqua non gassata per un totale di un litro
- ✓ ore 20,00 - cena con una tazza di brodo

Il giorno dell'esame:

- ✓ Presentarsi a digiuno alle ore..... presso la Radiologia dell'Ospedale di

Al risveglio (almeno due ore prima dell'esame) è consentita l'assunzione di una tazzina di caffè o tè.

- L'accuratezza della preparazione è essenziale per la buona riuscita dell'esame.
- Nel caso di intolleranza a quanto prescritto si invita il/la paziente a contattare il proprio medico o un medico medico specialista del Servizio di Radiologia.

Il Responsabile della U. O.
Dr. Stefano Baldelli

Dieta liquida priva di scorie per la preparazione al clisma opaco del colon e del tenue

Colazione

Come da abitudine a base di: latte, latte con caffè d'orzo, tè, camomilla con biscotti (non integrali); zucchero od edulcoranti.

Pranzo e Cena

Minestra in brodo di carne o brodo vegetale filtrato (molto liquida).

Secondo piatto a base di:

- formaggi morbidi tipo stracchino o fommaggini o fiocchi di latte
- pesce lesso (merluzzo, sogliola)
- carne di vitello, vitellone, pollo in forma liquida o semiliquida (frullata o macinata in polpette)
- olio a crudo quanto basta per condire.

Frullato di frutta o yogurt o spremuta di agrumi.

► **NO** pane, pasta, riso, fette biscottate, contorni e verdure.

DOPO L'INTERVENTO:

- Ogni paziente sarà accolto/a nella sala del risveglio per un periodo di osservazione.

- Esaurita la necessità di una più stretta sorveglianza da parte di personale qualificato si procederà al trasferimento nel reparto di degenza.

- Se dovesse comparire dolore nella zona chirurgica, sollecitare il personale infermieristico del reparto per l'eventuale somministrazione di analgesici prescritti dall'anestesista.

- Se dovesse comparire cefalea, nausea, vomito sollecitare il personale infermieristico del reparto per eventuale consulenza del chirurgo e/o dell'anestesista di turno.

IN CASO DI DIMISSIONE IN GIORNATA (DAY SURGERY)

- E' indispensabile disporre di un accompagnatore adulto e responsabile che possa assicurare la sorveglianza domiciliare per almeno 24 ore.

- E' assolutamente vietato mettersi alla guida di autoveicoli.

- E' necessario dimorare a non più di un'ora di distanza da un presidio ospedaliero.

- Nelle prime 24 ore è indispensabile astenersi da attività complesse o pericolose quali la guida di veicoli. Non devono inoltre essere prese decisioni importanti o legalmente impegnative.

- E' possibile bere acqua non gassata, tè e, secondo la prescrizione medica, consumare un pasto leggero. E' assolutamente vietato il consumo di bevande alcoliche.

- Il medico anestesista spiegherà come continuare le terapie in atto e come fare fronte al dolore (una lieve algia nella zona della ferita chirurgica è da considerarsi normale).

- Se dovessero manifestarsi complicazioni quali sanguinamento, dolore incontrollabile, nausea, vomito, contattare il chirurgo e/o il Servizio Anestesia



**OSPEDALE DI FABRIANO
U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E
ANALGESIA**

**Direttore Dr. Bellucci Paolo Maria
Tel. 0732-707263 Fax 0732 - 5807**

**AMBULATORIO DI PREOSPEDALIZZAZIONE
TEL 0732-707460**

**SERVIZIO ANESTESIA
TEL.0732-707272 / 0732-707263
FAX 0732 - 5807**

**U.O. CHIRURGIA-UROLOGIA
TEL 0732 707318
U.O. ORTOPEDIA-OTORINO-OCULISTICA
TEL 0732 707455
U.O. OSTETRICIA-GINECOLOGIA
TEL.0732 707267
U.O. ODONTOSTOMATOLOGIA
0732 707294**

**INFORMATIVA
PER IL PAZIENTE CHE DEVE
ESSERE SOTTOPOSTO AD
INTERVENTO CHIRURGICO**

**COMPORTAMENTO PER
UNA CORRETTA
PREPARAZIONE
PREOPERATORIA**

**COMPORTAMENTO NEL
POST-OPERATORIO**

INDICAZIONI PER LA VISITA ANESTESIOLOGICA PREOPERATORIA

(presso l'Ambulatorio di Preospedalizzazione
al 2° Piano Ala C)

1. DIGIUNO DALLE ORE 24 della sera precedente (è permessa l'assunzione solo dei farmaci per l'ipertensione arteriosa)
 2. TESSERA SANITARIA e CARTA D'IDENTITA'
 3. Relazione anamnestica redatta dal proprio medico curante
 4. Documentazione relativa alle eventuali indagini diagnostiche (RX Torace, ECG, Ecografie cardiache, etc)
 5. Visite specialistiche eseguite nell'ultimo anno (Es. visita cardiologica, neurologica, endocrinologica, etc).
 6. Eventuali esami ematici, prove allergologiche, fogli di dimissioni.
 7. Elenco di eventuale terapia medica che sta assumendo
- L'infermiere dell'ambulatorio di Preospedalizzazione vi comunicherà telefonicamente il giorno e l'ora della visita anestesiologicala.
- Annotare i dati.
- La procedura di preospedalizzazione può richiedere anche alcune ore.

DATA VISITA ORA VISITA

.....

PREPARAZIONE PREOPERATORIA (FASE 1)

LA SERA PRIMA DELL'INTERVENTO:

1. Nelle 8 ore che precedono l'intervento NON assumere cibi solidi né bevande quali latte, caffè, cioccolata, spremute e succhi di frutta; è consentito invece bere modeste quantità di acqua e liquidi "chiari" (te', camomilla) fino a 4 ore prima dell'intervento. Proseguire le eventuali terapie in atto come precedentemente concordato durante la visita anestesiologicala.
2. PER IL BAMBINO (fino a 14 anni) o in particolari circostanze le modalità del digiuno preoperatorio possono variare: attenersi scrupolosamente a quanto indicato dall'anestesista
3. PER LE DONNE:
Privarsi di smalti alle unghie delle mani e dei piedi.
Se possibile nei giorni precedenti rimuovere unghie ricostruite (almeno in un dito)
4. PER L'UOMO:
Effettuare la rasatura della barba e baffi.

PREPARAZIONE PREOPERATORIA (FASE 2)

LA MATTINA DELL'INTERVENTO:

1. Doccia ANTISETTICA con detergente a base di clorexidina gluconato allo 0.016% (con particolare attenzione alle zone ascellari e ombelicale) ; lavaggio di capelli con shampoo comune.
2. Pulizia del cavo orale (spazzolare i denti con dentifricio, risciacquare con acqua poi con collutorio alla clorexidina 2%)
3. Evitare maquillage al viso (rossetto, ombretto, fondotinta, cipria, matite per occhi e per bocca, rimmel) e rimuovere eventuali smalti alle dita dei piedi e delle mani.
4. Privarsi di gioielli, orologi, anelli, catenine, bracciali piercing, orecchini, altri oggetti preziosi ed eventuali protesi dentali mobili (consegnarli eventualmente ad un accompagnatore o al personale di reparto).
L'eventuale mantenimento di occhiali o lenti a contatto e apparecchi acustici dovrà essere concordato con l'anestesista.
5. Presentarsi il giorno dell'intervento in reparto alle ore 7,00 con documentazione medica relativa all'intervento, eventuali esami eseguiti, tessera sanitaria ed il necessario per la degenza in ospedale
6. Qualora tra la data della visita dell'anestesista ed il ricovero per l'intervento, fossero insorte alterazioni importanti dello stato di salute (febbre, tosse, catarro, disturbi gastroenterici ecc.) segnalarlo all'anestesista.

1) NOME DEL REPARTO E COLLOCAZIONE (UOC Chirurgia Generale – IV livello)

2) NOMINATIVI DEI MEDICI E DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Coordinatrice Inf.ca GIACHETTA ANTONELLA

Direttore Dottor Roberto Campagnacci

Dott. Francesco Falsetti Dott.ssa Silvana Leanza	Dott. Leonardo Appolloni Dott. Emilio Feliciotti
Dott Damiana Mandriani	Diott.ssa Angela Maurizi Dott. Alessandro Cardinali
Dott Mario Masella	
Dott Giorgio Degano	

Coordinatore Infermieristico Inf. Ambulatori CRISTALLI ROBERTA

Coordinatore Inf. Reparto Chirurgia-Urologia – Day Surgery GIACHETTA ANTONELLA

3) INFORMAZIONI e NUMERI UTILI

Per ogni informazione riguardante le attività è possibile telefonare al numero :

NUMERI UTILI:

- Coordinatrice Infermieristica 0731534344 (tel. e fax.)
- Infermieri 0731 534478
- Segreteria 0731 534450
- Day Surgery 0731 534364
- Preospedalizzazione 0731 534461
- Ambulatorio di Chirurgia 0731 534144
- Ambulatorio Stomatoterapia prenotazioni appuntamenti 0731 534478

4) **ATTIVITA' SVOLTE DAL REPARTO**

Chi si prenderà cura del paziente:

1. **Personale medico** (con camice bianco). Il direttore e l'equipe medica hanno la responsabilità diagnostica e terapeutica.
2. **Coordinatore di Unità Operativa** (con divisa bianca e scollo bordato in blu). È responsabile dell'organizzazione assistenziale del reparto.
3. **Personale Infermieristico** (con divisa bianca e scollo bordato in celeste). Eroga le prestazioni infermieristiche appropriate ai bisogni psicofisici del degente.
4. **Personale di Supporto** (con divisa bianca e scollo bordato verde). Si occupa della gestione alberghiera e supporto attività di reparto.

IL RUOLO È RIPORTATO SUL TASCHINO DELLA DIVISA

Descrivere brevemente le attività della struttura evidenziando l'esistenza di attività specialistiche

- **Principali patologie trattate in regime di ricovero: Trattamento Laposcopico (80 % dei casi in elezione) e open (20%) di: Patologia neoplastica di stomaco-colon e retto. Patologia benigna del giunto esofago gastrico (reflusso-ernia iatale). Chirurgia Bariatrica (sleeve gastrectomy e mini by-pass). Patologie degli organi solidi (Fegato e Milza). Patologie di colecisti e vie biliari. Patologia Endocrina (tiroide, paratiroidi e surreni). Neoplasie renali. Patologie erniarie inguinale e di parete addominale (ernie e laparoceli). Patologia toracica mediante toracosopia.**
- **Principali patologie trattate in regime di day hospital:Ernie, patologia coloproctologica, varici arti inferiori, patologia dei linfonodi, patologie degli annessi cutanei (cisti, lipomi....)**

Presa in carico del paziente con patologia neoplastica. Condivisione multidisciplinare del percorso di cure. Follow-up

5) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

- Ambulatorio bisettimanale (a breve trisettimanale) per utenza esterna e pazienti postricovero. Martedì e giovedì (e poi sabato) ore 8-14.
Prenotazione CUP. Telefono ambulatorio 0731534144
- Ambulatorio settimanale obesità/chirurgia bariatrica il martedì ore 11-14
- Ambulatorio settimanale colonproctologia il venerdì ore 14-16

Questi ambulatori sono prenotabili a CUP

6) INDICAZIONI UTILI

Orari di visita ai degenti

Mattino dalle 06,30 alle 09,00

Pomeriggio dalle 12,00 alle 15,00

Sera dalle 18,00 alle 21,00

Ricevimento Medici e Direttore

Orario di ricevimento dei medici

I medici ricevono tutti i giorni dalle 13 alle 14

Orario Ricevimento Direttore

Il Direttore della Struttura riceve il martedì e giovedì dalle 12:30 alle 13:30

Orario di ricevimento del Coordinatore Infermieristico

Il Coordinatore Infermieristico riceve dal lunedì al venerdì dalle 12,00 alle 13,45

Orario di distribuzione del vitto

Colazione ore 8,15

Pranzo ore 12,00

Cena ore 19,00

Bevande (Orzo/Camomilla) ore 20,00

Orario di visita medica

Mattino dalle 10,00 alle 12,00

Pomeriggio dalle 15,00 alle 17,00

Altre informazioni che la struttura ritiene utile fornire agli utenti (es. segreteria per le prenotazioni- ritiro referti istologici se effettuati all'interno del reparto).

➤ PRENOTAZIONI CUP

Il CUP è il centro unico di accesso a prenotazioni o disdette, per visite ed esami nel territorio regionale, in regime pubblico e libero professionale.

Occorre chiamare il 800 098798 da rete fissa (gratuito) - o il 0721 1779301 da rete mobile (a carico del chiamante) - o recarsi presso gli sportelli delle strutture sanitarie.

Il call center è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18 e il sabato dalle ore 8 alle ore 13.

Per prenotare occorre avere a disposizione la prescrizione sanitaria del medico curante o dello specialista e la Tessera Sanitaria.

➤ U.R.P. AV2 – Jesi - Ospedale A. Murri Via dei Colli n. 52

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

Martedì e Giovedì dalle ore 15,00 alle ore 17,00.

Tel. e Fax 0731 534836

e-mail: urp.av2@sanita.marche.it

RITIRO REFERTI ES. ISTOLOGICI:

- il paziente viene avvisato della disponibilità del referto che può essere ritirato dal lunedì al venerdì dalle ore 12,00 alle ore 13,30 (può essere ritirato da un'altra persona se munita di delega e lettera di dimissione)

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

- I pazienti, subito dopo la dimissione, possono richiedere copia della cartella clinica presso lo sportello CUP del Presidio Ospedaliero.
- Se la documentazione viene ritirata da una persona diversa dall'intestatario della cartella, è necessario presentare una delega

(fornita al momento della richiesta) e una fotocopia del documento di riconoscimento dell'intestatario e del delegato.

- La richiesta di copia della cartella clinica può avvenire anche tramite fax al n. **0731 534031**, in tal caso la richiesta deve contenere le seguenti informazioni:
- cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza dell'intestatario della cartella clinica;
- reparto e periodo di ricovero;
- specificare se la documentazione viene ritirata allo sportello (se al ritiro viene incaricata una persona diversa dall'intestatario munirsi di delega e copia del documento di identità di quest'ultimo) o deve essere spedita (specificare l'indirizzo completo di CAP);
- indicare un numero di telefono per eventuali comunicazioni;
- sottoscrivere la richiesta;
- allegare documento di identità dell'intestatario della cartella clinica o dell'erede legittimo.
- I tempi di riproduzione della cartella clinica variano a seconda che, al momento della richiesta, la cartella si trovi o meno a disposizione dell'Archivio.
- Pertanto la cartella clinica verrà riprodotta e consegnata con:
- procedura d'urgenza:

n. 5 giorni lavorativi se la cartella è disponibile in archivio clinico;

- procedura ordinaria
- n. 30 giorni se la cartella è disponibile in archivio clinico;
- n. 60 giorni se la cartella non è disponibile in archivio clinico .
- **Per eventuali chiarimenti contattare il n. 0731 534006/ 0731 534034**

7) **MODULISTICA/PRESCRIZIONI PER L'UTENZA**

Allegare i file dei documenti che riguardano la modulistica e prescrizioni per l'utenza

–indicare la lista dei moduli e rispettivi nomi es:

- 1) MODULO PREPARAZIONE/INFORMATIVA GENERALE PER L'UTENZA
- 2) PERCORSI DIAGNOSTICO/TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

- 3) ALLEGARE I FILE DELLE BROCHURE UTILIZZATE NEL REPARTO



Progetto ERP

(ENHANCED RECOVERY PATHWAY)

Diario del Paziente

Nome e Cognome:

Data intervento chirurgico:

Che cosa significa ERP?

ERP deriva dall'inglese "Enhanced Recovery Pathway" e significa "percorso di recupero facilitato" dopo intervento chirurgico.

Lo scopo del programma ERP è quello di far tornare il paziente in «piena salute» il più rapidamente possibile dopo un'operazione. La ricerca ha infatti dimostrato che, dopo un intervento chirurgico, prima si riprende il movimento e prima si ritorna a mangiare e bere regolarmente, migliore e più rapido è il recupero del paziente, e minore è il rischio di complicanze post-operatorie.

Cosa ti aspetta...

Durante il ricovero, potresti avvertire un po' di dolore e sentirti debole. Il personale infermieristico ti assisterà e supporterà, fornendoti i farmaci necessari per gestire questi problemi.

Serviranno alcune settimane per recuperare a pieno le forze e ritornare alla normalità. Per un po' di tempo dopo l'operazione, il tuo appetito potrebbe risultare ridotto e l'intestino potrebbe comportarsi in modo irregolare.

Il giorno della tua operazione

Riceverai alcune bevande/integratori ricchi di carboidrati progettate per prepararti all'intervento. Dopo l'operazione, se possibile, cercheremo di farti muovere (sedere a letto o su una sedia), bere e mangiare snack leggeri.

Il primo giorno dopo l'operazione.

Il personale infermieristico ti aiuterà a stare seduto fuori dal letto e fare brevi passeggiate. Se possibile, rimuoveremo il catetere vescicale ed ogni altro dispositivo per permetterti di fare movimento più facilmente. È inoltre prevista una dieta leggera e la possibilità di bere liberamente.

Il secondo giorno dopo l'operazione.

Ora dovresti essere in grado di muoverti più autonomamente, e di mangiare e bere senza difficoltà. Ti incoraggeremo ad essere il più indipendente possibile e, se sarai in grado, a vestirti regolarmente.

Il terzo giorno dopo l'operazione.

È ora di pensare al tuo ritorno a casa che speriamo possa avvenire presto. Nel caso di un stomia, le infermiere dedicate ti insegneranno a gestire la stomia e a prenderti cura di te stesso.

IL TUO DIARIO PERSONALE

Questo diario serve a valutare i tuoi progressi e ti darà l'opportunità di commentare il tuo soggiorno in ospedale. Ti saremo **grati** se vorrai dedicare del tempo alla compilazione di questo diario ogni giorno. Le informazioni raccolte ci aiuteranno a capire meglio come stai, e inoltre ci forniranno importanti risposte per migliorare la tua esperienza e il tuo recupero. In **particolare**, ti chiederemo informazioni su: movimento/dolore e nausea/mangiare e bere.

Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima riservatezza. Il diario è anonimo, quindi non è obbligatorio scrivere il tuo nome nel frontespizio.

Le informazioni che ci fornirai ci permetteranno di assisterti meglio e di migliorare il programma anche per i pazienti futuri.

Inoltre, la compilazione di questo opuscolo non esclude che il personale possa comunque **farti** le medesime domande durante il giorno, come da normale pratica clinica, ad es.

- Come ti senti?
- Quanto hai dormito? Hai riposato?

Ti preghiamo di scegliere le risposte che ritieni più opportune e che meglio **riflettono** come ti senti.

Saremo a disposizione per qualsiasi chiarimento o domanda **relativa** alla compilazione.

Cosa fare una volta completato il diario?

Ti preghiamo di restituire il tuo diario al momento della dimissione a un membro del personale di reparto.

In seguito, analizzeremo il tuo diario per imparare dalla tua esperienza e condivideremo i tuoi commenti con il personale del reparto, al fine di migliorare il nostro servizio.

Nelle ultime due pagine di questo opuscolo, troverai uno schema riassuntivo sulla tua esperienza in ospedale. Per favore **sottolinea** le parole che meglio esprimono quello che hai vissuto durante il ricovero.

Grazie per la tua collaborazione.

LA SERA DEL GIORNO DELL'INTERVENTO

Bevande

Cerca di bere al massimo delle tue capacità. Includi almeno un integratore.

Scrivi qui cosa e quanto hai bevuto

- Bicchieri di acqua o spremuta
- Tea/caffè
- Integratori

Se non hai bevuto spiegaci perché:

- | | |
|---|--|
| ☐ Non avevo voglia | ☐ Mi sono sentito male |
| ☐ Non mi hanno portato da bere | ☐ Il chirurgo mi ha consigliato di non bere |
| ☐ Altro | |

Motilità intestinale

(è normale che sia scarsa dopo l'operazione, non allarmarti)

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas ☐ Sì ☐ No

Esercizio fisico

Uscire fuori dal letto aiuta la tua respirazione e circolazione sanguigna dopo l'operazione. Anche se hai il catetere vescicale, flebo ed altri tubi , cerca di scendere dal letto e camminare.

Sei riuscito ad alzarti dal letto e stare seduto sulla sedia per 2 ore? ☐ Sì ☐ No

Se no, perché?

- | | |
|--|---|
| ☐ Non mi sentivo bene | ☐ Non mi è stato detto dal personale infermieristico |
| ☐ Non ero comodo | ☐ Non sono riuscito a mantenere la posizione a lungo |
| ☐ Altro | |

La respirazione

Respirare profondamente e tossire è essenziale per mantenere il tuo torace «pulito».

Hai praticato gli esercizi respiratori? ☐ Sì ☐ No

Se no, perché:

- ☐ Non mi sentivo bene
- ☐ Non ero comodo
- ☐ Altro

Dolore e nausea

Hai sentito dolore? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto nausea? ☐ Sì ☐ No

Hai vomitato? ☐ Sì ☐ No

Scrivi qui altri pensieri o considerazioni:



.....

.....

.....

.....

PRIMO GIORNO POST-OPERATORIO

Bevande

Cerca di bere al massimo delle tue capacità. Includi almeno tre integratori.

Scrivi qui cosa e quanto hai bevuto

- Bicchieri di acqua o spremuta
- The/caffè
- Integratori.....

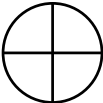
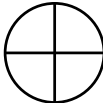
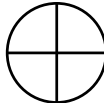
Se non hai bevuto spiegaci perché:

- ☐ Non avevo voglia ☐ Mi sono sentito male
- ☐ Non mi piaceva il gusto dell'integratore
- ☐ Altro

Cibo

Mangiare non è pericoloso dopo un intervento all'intestino. Al contrario piccole quantità di cibo possono velocizzare il tuo recupero, ripristinando l'appetito e consentendo ai muscoli e nervi del tuo intestino di riprendere a lavorare.

Per favore, contrassegna la quantità di cibo che sei riuscito a mangiare oggi (in proporzione alla quantità di cibo che ti è stato offerto):

Colazione:  Pranzo:  Cena: 

Qualche spuntino? Per favore, scrivi cosa hai mangiato:

Mattina: _____

Pomeriggio: _____

Motilità intestinale

(è normale che sia scarsa dopo l'operazione, non allarmarti)

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas ☐ Sì ☐ No

Per i pazienti portatori di stomia:

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas dalla stomia ☐ Sì ☐ No

PRIMO GIORNO POST-OPERATORIO

Esercizio fisico

È importante rimanere alzati il più possibile. Questo include anche brevi passeggiate.

Sei rimasto fuori dal letto per almeno 6 ore oggi? ☐ Sì ☐ No

Non sono stato in grado/ero troppo debole ☐

Quante volte hai camminato oggi? (segna la tua risposta)

1 2 3 4

Sono stato in grado di camminare per 30 metri

☐ Una volta ☐ due volte ☐ più di due volte

Se non sei riuscito a rimanere fuori dal letto e a camminare, spiegaci perché:

☐ Non mi sono sentito bene

☐ Non mi è stato detto dal personale infermieristico

☐ Non ero comodo

☐ Altro

La respirazione

Dovresti essere in grado di eseguire gli esercizi respiratori senza problemi ogni ora.

Se no, soprattutto se a causa del dolore, informaci.

Hai praticato gli esercizi respiratori? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto assistenza da parte del fisioterapista oggi? ☐ Sì ☐ No

Dolore e nausea

Hai sentito dolore? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto nausea? ☐ Sì ☐ No

Hai vomitato? ☐ Sì ☐ No

Scrivi qui altri pensieri o considerazioni:

☐☐☐☐☐

.....

.....

.....

.....

.....

SECONDO GIORNO POST-OPERATORIO

Bevande

Cerca di bere al massimo delle tue capacità. Includi almeno tre integratori.

Scrivi qui cosa e quanto hai bevuto

- Bicchieri di acqua o spremuta
- The/caffè
- Integratori.....

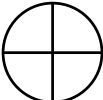
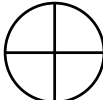
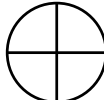
Se non hai bevuto spiegaci perché:

- ☐ Non avevo voglia ☐ Mi sono sentito male
- ☐ Non mi piaceva il gusto dell'integratore
- ☐ Altro

Cibo

Mangiare non è pericoloso dopo un intervento all'intestino. Al contrario piccole quantità di cibo possono velocizzare il tuo recupero, ripristinando l'appetito e consentendo ai muscoli e nervi del tuo intestino di riprendere a lavorare.

Per favore, contrassegna la quantità di cibo che sei riuscito a mangiare oggi (in proporzione alla quantità di cibo che ti è stato offerto):

Colazione:  Pranzo:  Cena: 

Qualche spuntino? Per favore, scrivi cosa hai mangiato:

Mattina: _____

Pomeriggio: _____

Motilità intestinale

(è normale che sia scarsa dopo l'operazione, non allarmarti)

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas ☐ Sì ☐ No

Per i pazienti portatori di stomia:

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas dalla stomia ☐ Sì ☐ No

SECONDO GIORNO POST-OPERATORIO

Esercizio fisico

È importante rimanere alzati il più possibile. Questo include anche brevi passeggiate.

Sei rimasto fuori dal letto per almeno 6 ore oggi? ☐ Sì ☐ No

Non sono stato in grado/ero troppo debole ☐

Quante volte hai camminato oggi? (segna la tua risposta)

1 2 3 4

Sono stato in grado di camminare per 30 metri

☐ Una volta ☐ due volte ☐ più di due volte

Se non sei riuscito a rimanere fuori dal letto e a camminare, spiegaci perché:

☐ Non mi sono sentito bene

☐ Non mi è stato detto dal personale infermieristico

☐ Non ero comodo

☐ Non sono riuscito a resistere a lungo

☐ Non ero in grado/ero troppo debole

☐ Altro

La respirazione

Dovresti essere in grado di eseguire gli esercizi respiratori senza problemi ogni ora.

Se no, soprattutto se a causa del dolore, informaci.

Hai praticato gli esercizi respiratori? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto assistenza da parte del fisioterapista oggi? ☐ Sì ☐ No

Dolore e nausea

Hai sentito dolore? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto nausea? ☐ Sì ☐ No

Hai vomitato? ☐ Sì ☐ No

Scrivi qui altri pensieri o considerazioni:

☐☐☐☐☐

.....

.....

.....

.....

.....

TERZO GIORNO POST-OPERATORIO

Bevande

Cerca di bere al massimo delle tue capacità. Includi almeno tre integratori.

Scrivi qui cosa e quanto hai bevuto

- Bicchieri di acqua o spremuta
- The/caffè
- Integratori.....

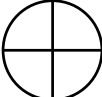
Se non hai bevuto spiegaci perché:

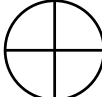
- ☐ Non avevo voglia ☐ Mi sono sentito male
- ☐ Non mi piaceva il gusto dell'integratore
- ☐ Altro

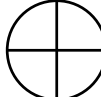
Cibo

Mangiare non è pericoloso dopo un intervento all'intestino. Al contrario piccole quantità di cibo possono velocizzare il tuo recupero, ripristinando l'appetito e consentendo ai muscoli e nervi del tuo intestino di riprendere a lavorare.

Per favore, contrassegna la quantità di cibo che sei riuscito a mangiare oggi (in proporzione alla quantità di cibo che ti è stato offerto):

Colazione: 

Pranzo: 

Cena: 

Qualche spuntino? Per favore, scrivi cosa hai mangiato:

Mattina: _____

Pomeriggio: _____

Motilità intestinale

(è normale che sia scarsa dopo l'operazione, non allarmarti)

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas ☐ Sì ☐ No

Per i pazienti portatori di stomia:

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas dalla stomia ☐ Sì ☐ No

TERZO GIORNO POST-OPERATORIO

Esercizio fisico

Sei rimasto fuori dal letto per almeno 6 ore oggi? ☐ Sì ☐ No

Hai eseguito gli esercizi prescritti?

Quante volte hai camminato oggi? (segna la tua risposta)

1 2 3 4

Sono stato in grado di camminare per 30 metri

☐ Una volta ☐ due volte ☐ più di due volte

Se non sei riuscito a rimanere fuori dal letto e a camminare, spiegaci perché:

- ☐ Non mi sono sentito bene
- ☐ Non mi è stato detto dal personale infermieristico
- ☐ Non ero comodo
- ☐ Non sono riuscito a resistere a lungo
- ☐ Non ero in grado/ero troppo debole
- ☐ Altro

La respirazione

Dovresti essere in grado di eseguire gli esercizi respiratori senza problemi ogni ora.

Se no, soprattutto se a causa del dolore, informaci.

Hai praticato gli esercizi respiratori? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto assistenza da parte del fisioterapista oggi? ☐ Sì ☐ No

Dolore e nausea

Hai sentito dolore? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto nausea? ☐ Sì ☐ No

Hai vomitato? ☐ Sì ☐ No

Scrivi altri pensieri o considerazioni:

☐☐☐☐☐

.....

.....

.....

.....

.....

QUARTO GIORNO POST-OPERATORIO

Bevande

Cerca di bere al massimo delle tue capacità. Includi almeno tre integratori.

Scrivi qui cosa e quanto hai bevuto

- Bicchieri di acqua o spremuta
- The/caffè
- Integratori.....

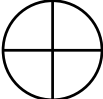
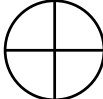
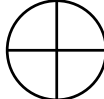
Se non hai bevuto spiegaci perché:

- ☐ Non avevo voglia ☐ Mi sono sentito male
- ☐ Non mi piaceva il gusto dell'integratore
- ☐ Altro

Cibo

Mangiare non è pericoloso dopo un intervento all'intestino. Al contrario piccole quantità di cibo possono velocizzare il tuo recupero, ripristinando l'appetito e consentendo ai muscoli e nervi del tuo intestino di riprendere a lavorare.

Per favore, contrassegna la quantità di cibo che sei riuscito a mangiare oggi (in proporzione alla quantità di cibo che ti è stato offerto):

Colazione:  Pranzo:  Cena: 

Qualche spuntino? Per favore, scrivi cosa hai mangiato:

Mattina: _____

Pomeriggio: _____

Motilità intestinale

(è normale che sia scarsa dopo l'operazione, non allarmarti)

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas ☐ Sì ☐ No

Per i pazienti portatori di stomia:

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas dalla stomia ☐ Sì ☐ No

QUARTO GIORNO POST-OPERATORIO

Esercizio fisico

Sei rimasto fuori dal letto per almeno 6 ore oggi? ☐ Sì ☐ No

Quante volte hai camminato oggi? (segna la tua risposta)

1 2 3 4

Sono stato in grado di camminare per 30 metri

☐ Una volta ☐ due volte ☐ più di due volte

Se non sei riuscito a rimanere fuori dal letto e a camminare, spiegaci perché:

- ☐ Non mi sono sentito bene
- ☐ Non mi è stato detto dal personale infermieristico
- ☐ Non ero comodo
- ☐ Non sono riuscito a resistere a lungo
- ☐ Non ero in grado/ero troppo debole
- ☐ Altro

La respirazione

Dovresti essere in grado di eseguire gli esercizi respiratori senza problemi ogni ora.

Se no, soprattutto se a causa del dolore, informaci.

Hai praticato gli esercizi respiratori? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto assistenza da parte del fisioterapista oggi? ☐ Sì ☐ No

Dolore e nausea

Hai sentito dolore? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto nausea? ☐ Sì ☐ No

Hai vomitato? ☐ Sì ☐ No

Hai altri pensieri o considerazioni:

☐☐☐☐☐

.....

.....

.....

.....

.....

QUINTO GIORNO POST-OPERATORIO

Bevande

Cerca di bere al massimo delle tue capacità. Includi almeno tre integratori.

Scrivi qui cosa e quanto hai bevuto

- Bicchieri di acqua o spremuta
- The/caffè
- Integratori.....

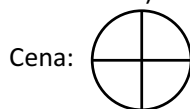
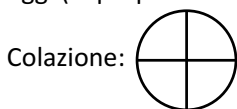
Se non hai bevuto spiegaci perché:

- ☐ Non avevo voglia ☐ Mi sono sentito male
- ☐ Non mi piaceva il gusto dell'integratore
- ☐ Altro

Cibo

Mangiare non è pericoloso dopo un intervento all'intestino. Al contrario piccole quantità di cibo possono velocizzare il tuo recupero, ripristinando l'appetito e consentendo ai muscoli e nervi del tuo intestino di riprendere a lavorare.

Per favore, contrassegna la quantità di cibo che sei riuscito a mangiare oggi (in proporzione alla quantità di cibo che ti è stato offerto):



Qualche spuntino? Per favore, scrivi cosa hai mangiato:

Mattina: _____

Pomeriggio: _____

Motilità intestinale

(è normale che sia scarsa dopo l'operazione, non allarmarti)

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas ☐ Sì ☐ No

Per i pazienti portatori di stomia:

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas dalla stomia ☐ Sì ☐ No

QUINTO GIORNO POST-OPERATORIO

Esercizio fisico

Sei rimasto fuori dal letto per almeno 6 ore oggi? ☐ Sì ☐ No

Quante volte hai camminato oggi? (segna la tua risposta)

1 2 3 4

Sono stato in grado di camminare per 30 metri

☐ Una volta ☐ due volte ☐ più di due volte

Se non sei riuscito a rimanere fuori dal letto e a camminare, spiegaci perché:

- ☐ Non mi sono sentito bene
- ☐ Non mi è stato detto dal personale infermieristico
- ☐ Non ero comodo
- ☐ Non sono riuscito a resistere a lungo
- ☐ Non ero in grado/ero troppo debole
- ☐ Altro

La respirazione

Dovresti essere in grado di eseguire gli esercizi respiratori senza problemi ogni ora.

Se no, soprattutto se a causa del dolore, informaci.

Hai praticato gli esercizi respiratori? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto assistenza da parte del fisioterapista oggi? ☐ Sì ☐ No

Dolore e nausea

Hai sentito dolore? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto nausea? ☐ Sì ☐ No

Hai vomitato? ☐ Sì ☐ No

Scrivi qui altri pensieri o considerazioni:

☐☐☐☐☐

.....

.....

.....

.....

.....

SESTO GIORNO POST-OPERATORIO

Bevande

Cerca di bere al massimo delle tue capacità. Includi almeno tre integratori.

Scrivi qui cosa e quanto hai bevuto

- Bicchieri di acqua o spremuta
- The/caffè
- Integratori.....

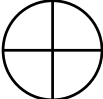
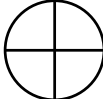
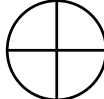
Se non hai bevuto spiegaci perché:

- ☐ Non avevo voglia ☐ Mi sono sentito male
- ☐ Non mi piaceva il gusto dell'integratore
- ☐ Altro

Cibo

Mangiare non è pericoloso dopo un intervento all'intestino. Al contrario piccole quantità di cibo possono velocizzare il tuo recupero, ripristinando l'appetito e consentendo ai muscoli e nervi del tuo intestino di riprendere a lavorare.

Per favore, contrassegna la quantità di cibo che sei riuscito a mangiare oggi (in proporzione alla quantità di cibo che ti è stato offerto):

Colazione:  Pranzo:  Cena: 

Qualche spuntino? Per favore, scrivi cosa hai mangiato:

Mattina: _____

Pomeriggio: _____

Motilità intestinale

(è normale che sia scarsa dopo l'operazione, non allarmarti)

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas ☐ Sì ☐ No

Per i pazienti portatori di stomia:

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas dalla stomia ☐ Sì ☐ No

SESTO GIORNO POST-OPERATORIO

Esercizio fisico

È importante rimanere alzati il più possibile. Questo include anche brevi passeggiate.

Sei rimasto fuori dal letto per almeno 6 ore oggi? ☐ Sì ☐ No

Non sono stato in grado/ero troppo debole ☐

Quante volte hai camminato oggi? (segna la tua risposta)

1 2 3 4

Sono stato in grado di camminare per 30 metri

☐ Una volta ☐ due volte ☐ più di due volte

Se non sei riuscito a rimanere fuori dal letto e a camminare, spiegaci perché:

☐ Non mi sono sentito bene

☐ Non mi è stato detto dal personale infermieristico

☐ Non ero comodo

☐ Non sono riuscito a resistere a lungo

☐ Non ero in grado/ero troppo debole

☐ Altro

La respirazione

Dovresti essere in grado di eseguire gli esercizi respiratori senza problemi ogni ora. Se no, soprattutto se a causa del dolore, informaci.

Hai praticato gli esercizi respiratori? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto assistenza da parte del fisioterapista oggi? ☐ Sì ☐ No

Dolore e nausea

Hai sentito dolore? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto nausea? ☐ Sì ☐ No

Hai vomitato? ☐ Sì ☐ No

Scrivi qui altri pensieri o considerazioni:

☐☐☐☐☐

.....

.....

.....

.....

.....

SETTIMO GIORNO POST-OPERATORIO

Bevande

Cerca di bere al massimo delle tue capacità. Includi almeno tre integratori.

Scrivi qui cosa e quanto hai bevuto

- Bicchieri di acqua o spremuta
- The/caffè
- Integratori.....

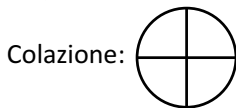
Se non hai bevuto spiegaci perché:

- ☐ Non avevo voglia ☐ Mi sono sentito male
- ☐ Non mi piaceva il gusto dell'integratore
- ☐ Altro

Cibo

Mangiare non è pericoloso dopo un intervento all'intestino. Al contrario piccole quantità di cibo possono velocizzare il tuo recupero, ripristinando l'appetito e consentendo ai muscoli e nervi del tuo intestino di riprendere a lavorare.

Per favore, contrassegna la quantità di cibo che sei riuscito a mangiare oggi (in proporzione alla quantità di cibo che ti è stato offerto):



Qualche spuntino? Per favore, scrivi cosa hai mangiato:

Mattina: _____

Pomeriggio: _____

Motilità intestinale

(è normale che sia scarsa dopo l'operazione, non allarmarti)

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas ☐ Sì ☐ No

Per i pazienti portatori di stomia:

- Ho avvertito dei movimenti intestinali ☐ Sì ☐ No
- Ho emesso dei gas dalla stomia ☐ Sì ☐ No

SETTIMO GIORNO POST-OPERATORIO

Esercizio fisico

È importante rimanere alzati il più possibile. Questo include anche brevi passeggiate.

Sei rimasto fuori dal letto per almeno 6 ore oggi? ☐ Sì ☐ No

Quante volte hai camminato oggi? (segna la tua risposta)

1 2 3 4

Sono stato in grado di camminare per 30 metri

☐ Una volta ☐ due volte ☐ più di due volte

Se non sei riuscito a rimanere fuori dal letto e a camminare, spiegaci perché:

- ☐ Non mi sono sentito bene
- ☐ Non ero comodo
- ☐ Non mi è stato detto dal personale infermieristico
- ☐ Non sono riuscito a resistere a lungo
- ☐ Non ero in grado/ero troppo debole
- ☐ Altro

La respirazione

Dovresti essere in grado di eseguire gli esercizi respiratori senza problemi ogni ora.

Se no, soprattutto se a causa del dolore, informaci.

Hai praticato gli esercizi respiratori? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto assistenza da parte del fisioterapista oggi? ☐ Sì ☐ No

Dolore e nausea

Hai sentito dolore? ☐ Sì ☐ No

Hai avuto nausea? ☐ Sì ☐ No

Hai vomitato? ☐ Sì ☐ No

Scrivi qui altri pensieri o considerazioni:

☐☐☐☐☐

.....

.....

.....

.....

Come ti sei sentito? :
(cerchia la parola che meglio descrive come ti sei sentito)

Al primo contatto con il nostro servizio	Durante il recupero post-operatorio	Nel dialogare con il personale	Durante la tua esperienza in ospedale	Al momento della dimissione
Felice Rilassato Supportato Compreso Confortevole Sicuro Anzioso Fuori controllo Scomodo Triste Arrabbiato Preoccupato Altro:	Felice Rilassato Supportato Compreso Confortevole Sicuro Anzioso Fuori controllo Scomodo Triste Arrabbiato Preoccupato Altro:	Felice Rilassato Supportato Compreso Confortevole Sicuro Anzioso Fuori controllo Scomodo Triste Arrabbiato Preoccupato Altro:	Felice Rilassato Supportato Compreso Confortevole Sicuro Anzioso Fuori controllo Scomodo Triste Arrabbiato Preoccupato Altro:	Felice Rilassato Supportato Compreso Confortevole Sicuro Anzioso Fuori controllo Scomodo Triste Arrabbiato Preoccupato Altro:
Aiutaci a capire perché ti sei sentito in questo modo:				

GIORNO DELLA DIMISSIONE

Sei pronto per la dimissione, in quanto mangi e bevi regolarmente, il dolore è controllabile mediante farmaci assumibili per via orale e sei in grado di muoverti autonomamente. Ricorda che è normale sentirsi più stanco del solito, pertanto ti consigliamo di riposare regolarmente e continuare a fare esercizio fisico, e gradualmente incrementare le tue attività quotidiane. Dovresti evitare di sollevare pesi, di fare lavori domestici e di giardinaggio pesanti per alcune settimane dopo l'operazione (circa 3-4 settimane).

La dimissione è possibile se:

- Sei in grado di evitare di assumere farmaci antidolorifici per via endovenosa o intramuscolo.
- Sei in grado di assumere cibo e bevande in modo adeguato
- Sei in grado di muoverti in modo indipendente e agli stessi livelli precedenti all'operazione
- Se il personale medico e infermieristico è concorde sulla tua dimissione
- Se tu e i tuoi familiari siete pronti per la dimissione.

Le ultime domande prima della dimissione:

- Ti senti bene? Il dolore è ben controllato? Sì ☐ No ☐
- Sei in grado di muoverti autonomamente? Sì ☐ No ☐
- Sei in grado di mangiare e bere adeguatamente? Sì ☐ No ☐
- Ti senti pronto per andare a casa? Sì ☐ No ☐

Note:.....

.....

.....

GUIDA PER GLI INTERVENTI DI LA CHIRURGIA COLO-RETTALE



Questa brochure nasce per preparare il paziente
all'intervento chirurgico
ed accompagnarlo nel percorso pre e post
operatorio.

U.O. CHIRURGIA GENERALE CARLO URBANI - JESI
RECAPITO 0731 534478

ATTENZIONE!

Lo scopo di questa breve guida è informativo per il paziente che si deve sottoporre ad intervento di chirurgia colo-rettale. Non intende sostituire le istruzioni e i consigli del medico.

In caso di domande invitiamo i pazienti a rivolgersi al proprio curante.

INDICE

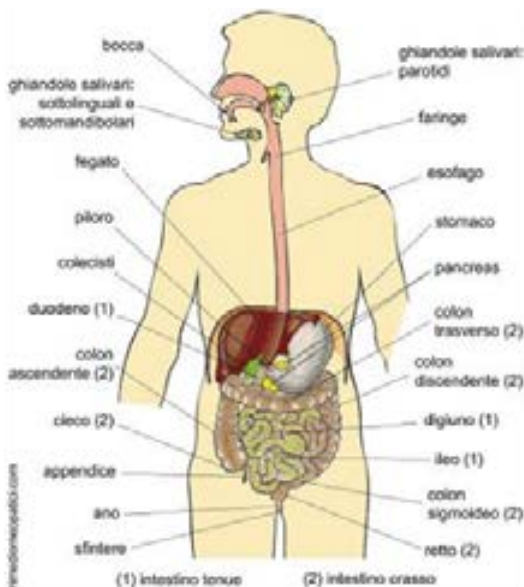
INTRODUZIONE	da pagina 3 a 4
PRIMA DELL'INTERVENTO	da pagina 5 a 9
GIORNO DELL'INTERVENTO	da pagina 10 a 11
POST-OPERATORIO	da pagina 12 a 19
A CASA	da pagina 20 a 23

INTRODUZIONE

Quando verrà ricoverato presso il reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale Carlo Urbani di Jesi per essere sottoposto all'intervento di chirurgia colo-rettale verrà gestito secondo il **PROTOCOLLO ERAS**. L'obiettivo di questo programma è aiutarla a guarire velocemente e in sicurezza.

CHE COS'E' IL TUBO DIGERENTE?

Quando mangia, il cibo passa dalla bocca all'esofago fino allo stomaco. Da qui transita al **piccolo intestino** (ileo) dove vengono assorbiti i liquidi e i nutrienti. Ciò che resta passa quindi al **grande intestino** (colon) dove si ha l'assorbimento della maggior parte dell'acqua. Le feci vengono espulse dal retto attraverso l'ano.



Questa brochure La aiuterà a prepararsi nel modo migliore all'intervento.

La consulti con i suoi familiari e la porti con se il giorno del ricovero.

INTRODUZIONE

CHE COS'E' LA CHIRURGIA INTESTINALE?

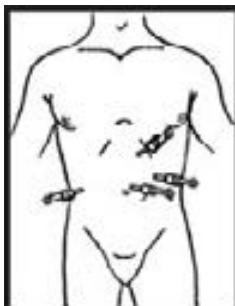
La chirurgia colo-rettale si occupa della rimozione della porzione malata dell' intestino.

Le modalità di accesso sono due:

LAPAROSCOPICO

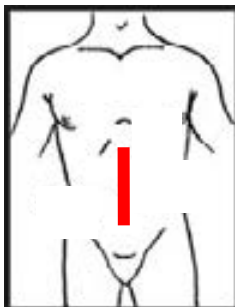
Il chirurgo opera attraverso 4-5 piccoli tagli usando una telecamera.

Attraverso uno di questi verrà rimosso il pezzo operatorio.



LAPAROTOMICO

Il chirurgo opera attraverso un taglio generalmente mediano di 10-20 cm.



Alcuni pazienti possono necessitare di una stomia che viene confezionata durante l'intervento, in questo modo l'intestino sarà collegato alla cute alla quale verrà applicato un sacchetto che raccoglierà il materiale intestinale o le feci.

La stomia può essere temporanea o permanente.

La necessità di confezionare una stomia sarà discussa nel colloquio pre-operatorio con il medico.

Verrà aiutato nella gestione della stomia da un'infermiera specializzata che la seguirà nel periodo post operatorio.

PRIMA DELL'INTERVENTO

PREPARAZIONE:

- **L'ATTIVITA' FISICA** la aiuterà a mantenersi tonico e ad affrontare meglio l'intervento. L'esercizio fisico non dev'essere eccessivo, infatti bastano 30 minuti di camminata al giorno.
- **ABOLIZIONE DEL FUMO.** Questa accortezza ridurrà il rischio di complicanze cardio-polmonari post intervento.
- **ASTENSIONE DALL' ALCOOL.**
- **PREDISPONGA GIA' IL RIENTRO A CASA** per gestire al meglio i giorni di convalescenza. Potrebbe aver bisogno di aiuti domestici da parte di familiari, amici o collaboratrici domestiche. Discuta con i familiari la possibilità di trascorrere un iniziale periodo presso una residenza protetta.



PRIMA DELL'INTERVENTO



VISITA PRE-OPERATORIA

COSA COMPRENDE?

- **ESAMI EMATOCHIMICI COMPLETI**, dovrà essere a digiuno
- **ECG**
- **VISITA ANESTESIOLOGICA**
- **EVENTUALI CONSULENZE SPECIALISTICHE** (es. cardiologica, pneumologica, ecc..)
- **VISITA CHIRURGICA** con un membro dell'equipe del reparto di Chirurgia Generale. Verrà sottoposto a domande sulla sua salute e Le verrà spiegato l'intervento a cui si dovrà sottoporre. Porti con se i farmaci che assume quotidianamente e la documentazione medica completa.
- **CONSULENZA NUTRIZIONALE**

ATTENZIONE!

Potrebbe essere necessario sospendere alcune terapie prima dell'intervento, questo verrà specificato durante il colloquio con l'anestesista.

PRIMA DELL'INTERVENTO



CI CHIAMO SE:

- **HA L'INFULENZA O LA FEBBRE**
- **COMPAGNONO DOLORI ADDOMINALI,
VARIAZIONI DELL' ALVO O PERDITE DI
SANGUE**



**POTREBBE ESSERE NECESSARIO RIMANDARE
DI QUALCHE GIORNO L'INTERVENTO
O
ANTICIPARLO CON UN RICOVERO URGENTE**

PRIMA DELL'INTERVENTO

IL GIORNO PRIMA DELL'INTERVENTO

- Può **BERE E MANGIARE** una dieta povera di scorie come consigliato dalla consulenza nutrizionale pre-operatoria.
- **IMMUNONUTRIZIONE** 1 flacone x 3/die per 5 giorni prima dell'intervento
- **PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO** dalla sera precedente l'intervento
- **possibilita' di assumere cibi solidi fino a 6 ore prima dell'intervento, e liquidi chiari (no latte) fino a 2 ore prima**
- Prima di andare a dormire **FACCIA UNA DOCCIA**
- PUO' essere necessario prendere un **LASSATIVO**, dipende dal tipo di intervento e verrà specificato **QUI**



- ❑ Nessun lassativo
- ❑ 2 clisteri la sera prima
- ❑ Preparazione intestinale con MOVIPREP o SELGESSE

PRIMA DELL'INTERVENTO

COSA PORTARE IN OSPEDALE?

- Questa brochure
- Il tesserino sanitario
- Prodotti da bagno
- Pigiama e biancheria
- Se usa gli occhiali, lenti a contatto, protesi dentarie o auricolari li porti con se insieme ai relativi contenitori con una etichetta con il suo nome
- Se usa un bastone da passeggio o le stampelle le porti con se
- Le medicine che assume quotidianamente
- 2 PACCHETTI DI GOMME DA MASTICARE

ATTENZIONE!

- **LASCI A CASA** gioielli, oggetti di valore e carte di credito
- **NON** applichi creme, trucchi o smalti



GIORNO DELL'INTERVENTO

- Venga direttamente in ospedale, nella sala d'attesa del reparto di Chirurgia Generale situato al IV livello, all'orario definito telefonicamente
- La accoglierà un infermiere che l'aiuterà a prepararsi all'intervento e controllerà che tutto sia in ordine
- Si potrà cambiare nella stanza che le è stata assegnata, indossi il camice apposito, le verranno fornite le calze elastocompressive, un presidio utile a migliorare la circolazione sanguigna
- Si accerti che i suoi averi siano al sicuro o consegnali ai familiari
- Sceso nel blocco operatorio, troverà l'anestesista, il personale infermieristico e i chirurghi che ti accoglieranno.

GIORNO DELL'INTERVENTO



- I familiari potranno aspettare in reparto nella stanza che le è stata assegnata al momento del ricovero. I chirurghi, al termine dell'intervento verranno a comunicare loro l'esito.

ORARIO DI VISITA DEL REPARTO

Mattino: 5.30 - 9.00 e 12.00 – 15.00

Pomeriggio: 18.00 – 24.00

- Se il paziente verrà trasferito presso il **Reparto di Anestesia e Rianimazione** per un risveglio protetto, i familiari saranno informati e potranno vedere il proprio parente nell'orario di visita

POST-OPERATORIO



- **Subito dopo l'intervento**
si sveglierà dall'anestesia e avrà:
 - un accesso venoso periferico o centrale per la somministrazione di liquidi e della terapia
 - una maschera dell'ossigeno (se necessario)
 - un catetere urinario
 - un drenaggio (se necessario)
- I **parametri vitali** (temperatura, pressione, frequenza cardiaca e saturazione) verranno valutati più volte al giorno.
- Verranno controllate le **medicazioni** ed il **contenuto del drenaggio**.
- Le sarà chiesto di indicare **l'intensità del dolore** con un punteggio in una scala da 0 a 10.

POST-OPERATORIO

CONTROLLO DEL DOLORE

Il rilevamento del dolore e il suo controllo è un parametro importante perché consente di:

- Respirare meglio
- Muoversi più facilmente
- Dormire meglio
- Recuperare più rapidamente le tue attività quotidiane



Cerchi di essere preciso nel determinare e riferire l'intensità del dolore, più lo sarà più facile sarà controllarlo con la terapia più opportuna.

POST-OPERATORIO

ATTIVITA' FISICA

- Non rimanere a letto, **SI ALZI E INIZI A CAMMINARE QUANTO PRIMA**. Rimanere a lungo sdraiati a letto può contribuire allo sviluppo di complicanze polmonari, cardio-vascolari e ad indebolire la massa muscolare. Le consigliamo di iniziare quanto prima alcuni esercizi.
- MUOVA LE GAMBE** per facilitare e migliorare la circolazione sanguigna.



Ruoti i piedi
a destra e a sinistra



Muova le dita
dei piedi
e fletta il piede
su e giù



Allunghi le gambe
il più possibile
e pieghi le ginocchia

Ripeta questi esercizi 4-5 volte ogni mezz'ora!

POST-OPERATORIO

- **ESERCIZI RESPIRATORI** per diminuire l'incidenza di polmoniti post-operatorie con l'aiuto dello spirometro incentivante che ti verrà fornito durante il ricovero.



Respiri profondamente almeno 10 volte ogni ora.

Inspiri dal naso ed espiro dalla bocca.

Inspiri profondamente per far muovere tutte e tre le palline dello spirometro incentivante.

Cerchi di tossire per facilitare l'espulsione delle secrezioni bronchiali.

Ripeta questi esercizi 4-5 volte ogni ora!

POST-OPERATORIO

GLI OBIETTIVI DEL GIORNO DELL'INTERVENTO SONO:

- Rimanere seduti o alzati per circa 2 ore, con l'aiuto del personale infermieristico e di un familiare
- Fare gli esercizi respiratori e muovere le gambe quando è sdraiato a letto
- Iniziare a bere liquidi, dopo circa 4 ore dalla fine dell'intervento
- Masticare chewing-gum per stimolare il movimento intestinale

POST-OPERATORIO

GIORNO 1

DOLORE

Informi l'infermiere se l'intensità del dolore supera il 4 nella scala del dolore.

ATTIVITA'

- il catetere vescicale sarà rimosso, conservi la diuresi nel contenitore che le verrà fornito.
- Con l'aiuto di un familiare inizi a camminare nel corridoio, cerchi di percorrerne l'intera lunghezza 3 volte.
- Resti seduto per almeno 8 ore nella giornata e soprattutto durante i pasti.
- Faccia gli esercizi respiratori almeno 10 volte all'ora.

ALIMENTAZIONE

- Continui a bere ed assumere i supplementi proteici che le verranno consigliati.
- Mastichi chewing-gum 30 minuti per 3 volte al giorno.

POST-OPERATORIO

GIORNO 2

DOLORE

Informi l'infermiere se provi dolore.

ATTIVITA'

- Cammini per l'intera lunghezza del corridoio 3 volte o più.
- Resti seduto per almeno 8 ore nella giornata e soprattutto durante i pasti.
- Cammini fino al bagno per urinare.
- Continui a fare gli esercizi respiratori almeno 10 volte all'ora.

ALIMENTAZIONE

- Mangi cibi solidi.
- Continui a bere ed assumere i supplementi proteici.
- Mastichi i chewing-gum 30 minuti per 3 volte al giorno.

POST-OPERATORIO



GIORNO 3: POSSIBILE DIMISSIONE

Continui a svolgere le stesse attività del giorno precedente e cerchi di incrementarle se riesce.

Una degenza più breve è consentita da: esercizi respiratori, masticare i chewing-gum, una corretta alimentazione e dal camminare regolarmente.

Questo contribuirà a diminuire le complicanze cardio-respiratorie e a tornare rapidamente alle attività svolte quotidianamente prima dell'intervento.

SI ORGANIZZI PER TORNARE A CASA OGGI

- Le verrà comunicata la data dell'appuntamento in ambulatorio per la visita chirurgica di controllo.
- Verrà consegnata la lettera di dimissione e i consigli terapeutici e nutrizionali da seguire.
- Rimarrà in contatto telefonico giornaliero con un medico del reparto.

LE COMPLICANZE NON SONO FREQUENTI MA E' IMPORTANTE CAPIRE CIO' CHE PUO' ESSERE NORMALE NEL DECORSO POST OPERATORIO E COSA NO.

SE HA FEBBRE, DOLORI ADDOMINALI IMPORTANTI O VOMITO CONTATTI IL NOSTRO REPARTO

. DOLORE ADDOMINALE

Se si accorge che dopo l'assunzione della terapia antidolorifica avverte dolore allo stomaco contatti il nostro reparto. Se avverte un dolore addominale acuto che non risponde alla terapia antidolorifica, se compare febbre o vomito contatti urgentemente il reparto o si rechi in pronto soccorso.

. INCISIONI CHIRURGICHE

I punti di sutura o le clip metalliche saranno rimosse dopo circa 7 giorni durante la visita di controllo.

Contatti il reparto se le ferite chirurgiche diventano rosse, calde, dolenti o se secernono pus.

. **FUNZIONALITA' INTESTINALE**

La funzionalità intestinale può modificarsi dopo l'intervento in senso diarroico o stitico. Gradualmente si ripristinerà la corretta funzionalità. Alcuni farmaci potrebbero causare stipsi, cerchi quindi di incrementare l'assunzione di liquidi (2 litri al giorno).

. **DIETA**

Alla dimissione verrà fornita una dieta da seguire per circa 1 mese. Gradualmente si potranno re-introdurre tutti gli alimenti.

Nel primo periodo post operatorio qualche cibo potrà causare variazioni dell'alvo, cerchi di evitare quindi l'assunzione di quell'alimento per i primi tempi.

E' importante assumere una quota di proteine adeguata, se non riesce a farlo, puoi assumerle tramite supplementi nutrizionali.

A CASA

. ATTIVITA' FISICA

Una volta a casa continui a camminare incrementando gradualmente le attività sino a raggiungere la quotidianità pre-intervento.

Eviti di sollevare pesi e svolgere attività che coinvolgano i muscoli addominali.

Potrà iniziare a guidare quando non assumerà più antidolorifici e avrà rimosso i punti di sutura.

Il medico deciderà quando potrà ritornare al lavoro a seconda della tipologia di intervento effettuato.



RICORDI, CHIAMI IL REPARTO SE:

- **LE FERITE CHIRURGICHE DIVENTANO ARROSSATE, CALDE O SE SECERNONO PUS**
- **COMPARE FEBBRE SUPERIORE A 38°C**
- **SE NON RIESCE AD ALIMENTARSI O VOMITA**
- **SE COMPARE DOLORE ADDOMINALE NON RESPONSIVO ALLA TERAPIA ANTIDOLORIFICA**

Protocollo ERAS in chirurgia colo-rettale

Criteri di inclusione

Il protocollo ERAS trova applicazione per tutti i pazienti candidati a chirurgia resettiva coloretale per patologia benigna o maligna, con approccio laparoscopico.

Per i pazienti affetti da IBD si considerano arruolabili unicamente i candidati a resezione ileocecale, o resezione sec. Hartmann.

Per le procedure eseguite in urgenza verranno valutati di volta in volta gli items che sarà opportuno / possibile applicare

Criteri di esclusione

ASA >3, ASA IV a discrezione del chirurgo e dell'anestesista

Preparazione del paziente

Valutazione della funzionalità respiratoria

Qualora il paziente presenti un'anamnesi positiva per patologia respiratoria severa (BPCO, asma, sindrome delle apnee notturne) è indicato richiedere una valutazione clinico-strumentale della funzionalità respiratoria, volta all'identificazione dei soggetti che potrebbero beneficiare di un trattamento fisioterapico pre- e/o postoperatorio.

Counseling preoperatorio

Dovrà prevedere un momento di incontro tra il paziente e il team (chirurgo, anestesista e infermiere).

Lo scopo è quello di favorire la compliance al protocollo condividendo con il paziente gli obiettivi e motivandolo ad aderire al percorso delineato. A tal fine risulta utile il coinvolgimento dei familiari che parteciperanno al colloquio preoperatorio e assisteranno il paziente sia durante la degenza che una volta rientrato al domicilio.

E' opportuno che il counseling avvenga con sufficiente anticipo rispetto alla data prevista del ricovero.

E' fortemente consigliabile che l'incontro si svolga in ambito multidisciplinare, con la partecipazione contemporanea di tutti i professionisti coinvolti.

Ciò consente di condividere i contenuti di educazione sanitaria ed informazione che il paziente deve ricevere, per evitare ripetizioni e finalizzare in maniera ottimale il colloquio.

Anestesista e chirurgo informano il paziente sulle procedure di relativa competenza e ottengono il consenso informato.

L'infermiere ha il compito di:

- Effettuare la valutazione dei bisogni del paziente (incluso lo stato nutrizionale) e dei familiari
- Informare il paziente sull'organizzazione del reparto, sul personale operante e sui presidi necessari
- Informare il paziente sulla preparazione (eventuale preparazione intestinale, alimentazione, assunzione degli integratori, programma motorio) e sulla gestione del dolore e di eventuale nausea/vomito postoperatori

Valutazione dello stato nutrizionale e prescrizioni dietetiche

- Deve essere eseguita una valutazione preoperatoria dello stato nutrizionale preferibilmente utilizzando il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

In tutti i pazienti è indicata la somministrazione preoperatoria di immunonutrizione (ad esempio Oral IMPACT 750 ml die) per 5 giorni prima dell'intervento.

Nei pazienti con score MUST ≥ 3 è indicata valutazione specialistica.

Nei pazienti ad alto rischio nutrizionale (MUST ≥ 3) e/o che hanno effettuato una visita nutrizionale preoperatoria è raccomandata una rivalutazione alla dimissione o in post-ricovero per presa in carico.

- Nessuna restrizione alimentare fino a 6 ore prima dell'intervento; possibilità di assumere liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'intervento.

Nei pazienti che devono eseguire una preparazione colica per os è opportuno garantire un adeguato apporto calorico mediante l'assunzione di integratori

- Carico glucidico: somministrazione di bevanda a base di maltodestrine e priva di lipidi, lattosio, fibre e glutine (ad esempio Nutricia PreOp). Dose: 800 cc la sera precedente l'intervento e 400 cc 2-3 ore prima dell'intervento, poi digiuno

La bevanda va assunta possibilmente fresca, non a temperatura ambiente

L'assunzione della bevanda a base di maltodestrine non è controindicata nel paziente diabetico.

Preparazione colica:

Nessuna preparazione di principio.

Rectal washing la sera precedente l'intervento per i pazienti candidati a colectomia sinistra e

resezione anteriore del retto alto.

I pazienti candidati a resezione anteriore del retto bassa o ultra-bassa, anche nel caso in cui sia

prevista la stomia di protezione, eseguono una preparazione colica standard per os secondo le

abitudini del team.

Profilassi antitrombotica e antibiotica:

Profilassi antibiotica e antitrombotica secondo le linee guida e protocolli di reparto/azienda

Tecnica Chirurgica

Resezione colica o coloretale secondo tecnica standard laparoscopica o laparoscopic-assisted.

Predilezione di incisioni trasversali e incisione di Pfannenstiel per la minilaparotomia di servizio.

Astensione dall'uso routinario di drenaggi.

In caso di decisione di posizionare uno o più drenaggi va specificata la motivazione nella descrizione dell'intervento fra le seguenti:

- Aumentato rischio di deiscenza anastomotica (contaminazione intraoperatoria, vascolarizzazione non adeguata, anastomosi colo-rettale bassa o colo-anale, positività della prova pneumatica, problematiche tecniche della sutura, comorbidità del paziente, altro da specificare)
- Aumentato rischio di sanguinamento (specificare motivazione)
- Scelta di principio

Protocollo anestesilogico

La fase intraoperatoria del protocollo comprende tutte le attività che si svolgono dal momento in cui la persona assistita entra in sala operatoria sino a quando esce per raggiungere l'unità di degenza.

Il protocollo prevede

- Nessuna preanestesia di principio.
- Il controllo del dolore postoperatorio attraverso l'utilizzo di tecniche di analgesia loco-regionale come la tecnica del TAP-block (Transversus Abdominis Plane Block), che prevede il blocco selettivo dei nervi della parete addominale attraverso l'infiltrazione locale di anestetico locale tra il muscolo obliquo interno ed il muscolo trasverso dell'addome e si è dimostrata essere una tecnica anestesilogica sicura, che riduce le richieste di oppiacei e l'incidenza di nausea e vomito nel post-operatorio. Nella chirurgia laparotomica il protocollo prevede il posizionamento di catetere epidurale (T7-T8 nelle colectomie sinistre; T6-T7 nella colectomia destra) prima dell'induzione dell'anestesia generale. Somministrare dose test di verifica e bolo iniziale di anestetico locale.
- Anestesia generale bilanciata che preveda induzione e mantenimento con farmaci short-acting (propofol, remifentanil) e monitoraggio della curarizzazione (ad esempio con bolo di bromuro di rocuronio per la possibilità di antagonizzazione con sugammadex)
- Idratazione intraoperatoria restrittiva, 5 ml/kg/h di soluzioni cristalloidi. Integrare con fluidi aggiuntivi in caso di perdita ematica > 500 ml e/o emodinamica instabile. Mantenere una diuresi intraoperatoria di almeno 0.5ml/kg/h. E' consigliabile inoltre prevedere un monitoraggio della pressione arteriosa cruenta, eventualmente associato a monitoraggio emodinamico mininvasivo con metodica pulse contour nei pazienti più complessi dal punto di vista cardiovascolare.
- Prevenzione dell'ipotermia (infusioni riscaldate /coperta ad aria calda) e costante

- monitoraggio della temperatura corporea (ad esempio con sonda esofagea).
- Profilassi emesi selettiva (in presenza di punteggio ≥ 2 secondo Apfel score): consigliato ondasetron 4mg + desametasone 4mg due ore prima della fine dell'intervento.

Gestione postoperatoria

Rimozione del SNG al risveglio. L'indicazione all'eventuale riposizionamento nel postoperatorio è la persistenza del vomito malgrado adeguata terapia farmacologica multimodale (vedi paragrafo "Terapia antiemetica").

Monitoraggio nell'immediato postoperatorio

- recupero delle capacità cognitive
- dopo intervento laparoscopico monitoraggio continuo di CO₂ in respiro spontaneo per 1 ora
- valutazione del dolore
- controllo temperatura ascellare (tempo 0 – 3 h – 6 h)

Alimentazione precoce e terapia infusionale:

- Nessuna infusione endovenosa postoperatoria di principio, Nelle prime 12 ore eventuale supplemento di terapia infusiva in base ai parametri intraoperatori e dell'immediato postoperatorio (PA, Diuresi...). Se l'alimentazione orale precoce (vedi schema seguente) non è realizzabile va mantenuta la terapia infusionale a velocità di 1 ml/kg/h (da modificare comunque secondo l'assunzione orale di liquidi)
- Due ore dopo il risveglio dall'anestesia reintroduzione della dieta idrica (1 lt di acqua naturale oligominerale)
- La sera dell'intervento (almeno 6 ore dopo il risveglio): liquidi chiari. Per i pazienti operati nel pomeriggio è ammesso che il primo pasto sia la colazione del mattino successivo.
- Dalla prima giornata bere minimo 2 litri di liquidi e dieta libera (i pasti vengono consumati seduti a tavola).
- Uso di integratori proteici: facoltativo, da proseguire fino a rialimentazione con dieta libera
- Procinetici (opzionale): MgSO₄ 1 gr/due volte al giorno dall'immediato postoperatorio fino all'avvenuta canalizzazione

Mobilizzazione precoce

- il giorno dell'intervento: dopo 4 ore dal risveglio mobilizzare (seduto) per 2 ore
 - 1^a giornata: il paziente deve restare fuori dal letto almeno 8 h e camminare per almeno 600 mt
 - 2^a giornata: attività normale, non inferiore a quanto descritto per la 1^a giornata
- Si raccomanda di utilizzare locali e poltrone adeguati per favorire la permanenza fuori dal letto.
- E' utile che il paziente tenga un diario in cui registrare il tempo trascorso fuori dal letto e,

fornendogli i riferimenti opportuni, la distanza precisa percorsa camminando

Rimozione catetere vescicale in 1^a giornata.

Il catetere va mantenuto in sede nei seguenti casi:

- Diuresi < 500 ml/24 h
- Resezione anteriore con anastomosi extraperitoneale (rimozione in 2^a-3^a giornata).

Analgesia

- Nei pazienti con catetere epidurale funzionante con infusione continua (di regola fino alla 2^a giornata) l'analgesia va integrata se necessario con paracetamolo 1 g ev (max 4g/die); dopo rimozione del catetere epidurale FANS al bisogno.
- Se il catetere epidurale non è stato posizionato si prescrivono FANS + paracetamolo ed eventualmente oppioidi minori. Sono esclusi gli oppioidi maggiori

Terapia antiemetica

L'obiettivo è di non sospendere l'assunzione di liquidi e l'alimentazione per os. E' pertanto necessario un controllo ottimale dei sintomi (nausea e vomito) con terapia farmacologica multimodale (ad esempio cortisonico, ondansetron). Nei soggetti con rischio elevato di PONV (valutato in base all'Apfel score) la terapia antiemetica va prescritta di principio.

Rilevazione giornaliera dei criteri “ fit for discharge”

Adeguate alimentazione orale

Ripresa funzione intestinale

Controllo del dolore con analgesici per os

Autonomia motoria e nelle cure igieniche personali

Non evidenza clinica / laboratoristica di complicanze postoperatorie

La dimissione dall'ospedale prevede inoltre l'OK del paziente.



Protocollo nutrizionale chirurgia coloretta

VALUTAZIONE RISCHIO NUTRIZIONALE (MUST)

Data_____ U.O._____ Data di nascita_____

Cognome_____ Nome_____ Peso Kg_____ h_____ BMI_____

Diagnosi_____

SCREENING INIZIALE

Parametro	Si	No
BMI<20,5		
Calo di peso ultimi 3 mesi		
Riduzione apporto alimentare ultima settimana		
Presenza di patologia severa		
TOTALE		

4 no →

Ripetizione dello screening
Iniziale a **1 settimana**

4 si →

Richiedere **consulenza dietistica**

Da 1 a 3 si



SCREENING FINALE

SCREENING FINALE

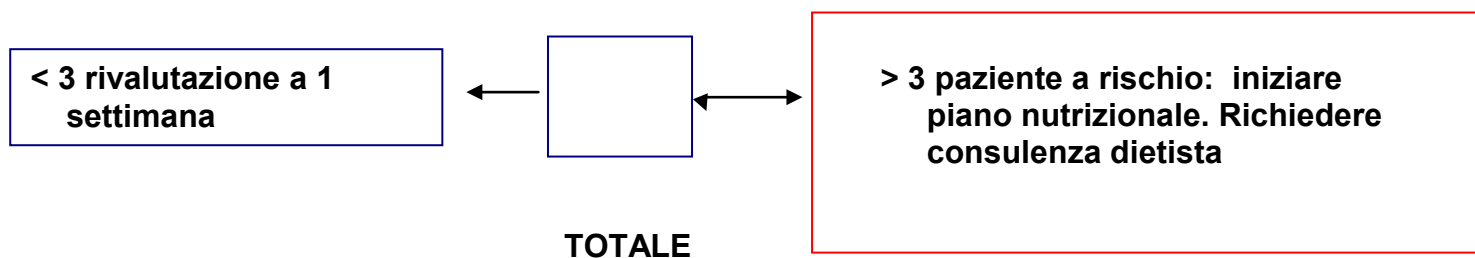
MALNUTRIZIONE

Assente		Stato nutrizionale normale
Punti	0	
Lieve	1	Dimagrimento < 5% in 3 mesi ○ Ingesta < 75% % dimagrimento = $\frac{\text{Peso iniziale} - \text{peso attuale}}{\text{Peso iniziale}} \times 100$
Moderata	2	Dimagrimento > 5% in 2 mesi ○ BMI compreso tra 18,5 – 20,5 ○ Ingesta < 50%
Grave	3	Dimagrimento > 5% in un mese > 15% in 3 mesi ○ BMI < 18,5 ○ Ingesta < 25%
PUNTEGGIO		+

SEVERITA' DI MALATTIA

Assente	0	
Lieve	1	Frattura femore Malattie croniche con complicanze (cirrosi, diabete, dialisi, BPCO) neoplasie
Moderata	2	Chirurgia maggiore Stroke Polmoniti gravi
Severa	3	Trauma cranico Terapia intensiva
PUNTEGGIO		+

Se pz con età > 70 anni aggiungere: 1



GESTIONE NUTRIZIONALE NEL PERIODO PRE-OPERATORIO

- ▶ Valutazione del rischio nutrizionale (**MUST**)
- ▶ Cinque giorni prima dell'intervento nessuna restrizione alimentare.
- ▶ Aggiungere alla dieta quotidiana integratore con immunomodulanti (**IMPACT ORAL**) N° 3 brik al giorno per un totale di 711 ml per cinque giorni.
Si possono somministrare N° 2 brik al giorno per 5 giorni se il paziente ha un buon Stato di nutrizione e N° 7 brik per cinque giorni se il paziente è malnutrito,
Apporto calorico per N° 2 brik di Impact Oral al giorno Kcal 662 per ml. 474
Apporto calorico per N° 3 brik di Impact Oral al giorno Kcal 971 per ml. 711
- ▶ Nessuna restrizione alimentare fino a sei ore prima dell'intervento; possibilità di Assumere liquidi chiari (acqua, tè, brodo di carne o vegetale, succhi di frutta senza Polpa) fino a due ore prima dell'intervento.
- ▶ Nel pomeriggio precedente l'intervento somministrare integratore contenente Maltodestrine (**PreOp**) N° 4 brik per un totale di 800 ml.
- ▶ Tre ore prima dell'intervento (solo nel caso che l'intervento avvenga a fine mattina o Nel pomeriggio) somministrare N° 2 brik di PreOp. **La bevanda va assunta fresca, non a temperatura ambiente e non è controindicata nel paziente diabetico.**

GESTIONE NUTRIZIONALE NEL PERIODO POST-OPERATORIO

- ▶ La sera dell'intervento, **2 ore** dopo il risveglio dall'anestesia, **dieta idrica** (1 litro di Acqua naturale, oligominerale).
- ▶ Per i pazienti operati nel pomeriggio, il primo pasto sarà la colazione del mattino Successivo (vedere gestione nutrizionale **1° giornata**). "Prenotazione tramite Gemos
- ▶ Per i pazienti operati al mattino, l'alimentazione può essere ripresa almeno **6 ore** Dopo il risveglio (vedere gestione nutrizionale **giorno 0.**)
- ▶ I pasti vengono consumati seduti a tavola. Si introdurrà un integratore iperproteico da Assumere in I giornata fino al ripristino della regolare alimentazione.
- ▶ Nei pazienti che ad una valutazione preoperatoria risultano impossibilitati ad Alimentarsi precocemente verrà eseguita una nutrizione enterale precoce tramite Sondino posizionato intraoperatoriamente a 24 cc./h entro le 24h post operatorie Modulabile in base alla tolleranza
- ▶ L'andamento della rialimentazione verrà monitorizzato attraverso una scheda che Giornalmente il paziente sarà istruito a compilare.

ELENCO ESAMI EMATOCHIMICI NUTRIZIONALI

Esami ematochimici da eseguire all'ingresso del paziente in reparto:

Transferrina

Proteine Totali

Albumina

Vitamina B12

Formula per calcolo% dimagrimento nell'unità di tempo

% DI DIMAGRIMENTO:
$$\frac{\text{peso attuale} - \text{peso abituale}}{\text{Peso abituale}} \times 100$$

Malnutrizione moderata: > 5% in 1 mese
 >10% in 6 mesi

Malnutrizione grave: >20% in 6 mesi

GESTIONE NUTRIZIONALE GIORNO 0

Nessuna infusione post operatoria di principio. Se l'alimentazione orale precoce non è realizzabile, va mantenuta la terapia infusionale a velocità di 1ml/Kg/h (da modificare comunque secondo l'assunzione orale di liquidi).

La sera dell'intervento, 2 ore dopo il risveglio dall'anestesia, dieta idrica (1 litro d'acqua naturale, oligominerale).

Per i pazienti operati nel pomeriggio, il primo pasto sarà la colazione del mattino successivo (vedi gestione nutrizionale 1 giorno). Per i pazienti operati al mattino l'alimentazione può essere ripresa almeno 6 ore dopo il risveglio, seguendo il piano di trattamento sotto indicato.

Piano di Trattamento

Alimenti da consumare durante la giornata

Semolino o minestra	g	40
Parmigiano grattugiato	g	10
Olio extra vergine di oliva	g	10
Carne bianca o pesce	g	100 – 150

Composizione dieta

Kcal 450

Protidi: g 32

Lipidi: g 14

Glicidi: g 54

GESTIONE NUTRIZIONALE 1° GIORNO

Piano di trattamento

Bere almeno 2 litri di liquidi (1 litro e mezzo di acqua a cui si aggiungono 400 ml di succo di frutta come previsto dal piano di trattamento)

Alimenti da consumare durante la giornata

Tè o caffè d'orzo	
Fette biscottate o biscotti secchi	g 60
Zucchero	g 10
Yogurt bianco	g 125
Pasta o riso	g 60
Pane comune	g 50 oppure
Fette biscottate	g 30
Parmigiano grattugiato	g 20
Carne bianca	gr 150 o pesce g 200
Olio extra vergine di oliva	g 20
Succo di frutta senza polpa	ml 400

Composizione dieta

Kcal 1300

Protidi: g 66
Lipidi g 55
Glicidi g 182
Fibra g 5
Calcio mg 500
Ferro mg 6

Distribuzione giornaliera indicata

Colazione

Tè o caffè d'orzo	
Biscotti secchi o fette biscottate	gr. 30
Zucchero	gr. 5

Spuntino

Yogurt bianco	gr. 125
---------------	---------

Pranzo

Pasta o riso	gr. 30
Parmigiano grattugiato	gr. 10
Carne bianca	gr. 70/80 o pesce 100
Pane comune	gr. 25
Olio extra vergine di oliva	gr. 10
Succo di frutta senza polpa	ml. 200

Spuntino

Tè o caffè d'orzo	
Biscotti secchi o fette biscottate	gr. 30
Zucchero	gr. 5

Cena

Pasta o riso	gr. 30
Parmigiano grattugiato	gr. 10
Pane comune	gr. 25
Carne bianca	gr. 70/80 o pesce 100
Olio extra vergine di oliva	gr. 10
Succo di frutta senza polpa	ml. 200

Cotture consigliate: al vapore, ai ferri, arrosto, lessatura

Protocollo nutrizionale chirurgia colo rettale

GESTIONE NUTRIZIONALE 2° GIORNO

Piano di trattamento

Bere almeno due litri di liquidi (di cui 1 litro e mezzo di acqua)

Alimenti da consumare durante la giornata

Composizione dieta

Kcal 1550

Tè o caffè d'orzo

Fette biscottate o biscotti secchi

g 30

Zucchero

g 20

Yogurt bianco

g 125

Riso

g 30

Pasta

g 40

Parmigiano grattugiato

gr 20

Pane comune

gr 80 oppure

Fette biscottate

gr 60

Carne bianca

g 120

Pesce

gr 150

Patate/carote/zucchine

gr 300

Olio extra vergine di oliva

gr 30

Frutta fresca senza buccia (mela, banana)

gr 150

Succo di frutta

ml 125

Protidi gr 79

Lipidi gr 47

Glicidi gr 218

Fibra gr 13

Calcio mg 600

Ferro mg 8

Distribuzione giornaliera indicata

Colazione

Tè o caffè d'orzo

Fette biscottate o biscotti secchi

gr. 15

Zucchero

gr. 5

Spuntino

Yogurt bianco

gr. 125

Pranzo

Pasta o riso

gr. 40

Parmigiano grattugiato

gr. 10

Pane comune

gr. 40 o gr. 30 fette biscot.

Carne bianca

gr. 120 o gr. 150 pesce

Patate/carote/zucchine

gr. 100

Olio extra vergine di oliva

gr. 15

Frutta fresca senza buccia (mela, banana)

gr. 150

Spuntino

Tè o caffè d'orzo

Biscotti secchi o fette biscottate

gr. 30

Zucchero

gr. 5

Cena

Pasta

gr. 30

Parmigiano grattugiato

gr. 10

Pane comune

gr. 40 o gr. 30 di fette biscot.

Carne bianca

gr. 120 o gr. 150 pesce

Patate/carote/zucchine

gr. 100

Olio extra vergine di oliva

gr. 15

Succo di frutta (mela)

gr. 125

Cotture consigliate: al vapore, ai ferri, arrosto, lessatura

Alla dimissione

Tutti i pazienti risultati ad alto rischio nutrizionale al test di screening eseguito al momento del ricovero (o in preospedalizzazione) devono essere indirizzati alla valutazione del dietista durante la degenza e per la dimissione. Al momento della dimissione dovrà essere valutata la necessità di proseguire con il follow-up nutrizionale.

L'obiettivo della rialimentazione a domicilio è il raggiungimento di un'alimentazione equilibrata e completa a circa un mese dall'intervento chirurgico.

Saranno quindi reintrodotti gradualmente tutti gli alimenti, modificando quantità e qualità al fine di soddisfare il fabbisogno calorico – proteico individuale.



SCHEMA DI RIALIMENTAZIONE

(La sera dell'intervento, due ore dopo il risveglio, **dieta idrica**): 1 litro di acqua naturale, oligominerale.

Hai bevuto? Si No Meno di Mezzo litro

Hai fame? Si No

Perché non hai fame? Troppo dolore/Nausea-Vomito/altro _____

Giorno 0: (Per i pazienti operati al mattino), l'alimentazione può essere ripresa almeno 6 ore dopo il risveglio (vedere gestione nutrizionale giorno 0)

Hai fame ? Si No Perché non hai fame? Troppo dolore/Nausea-Vomito/altro

Hai mangiato? Si No Solo a **Pranzo** Solo a **Cena** No Integratore

Giorno 1: (Per i pazienti operati nel pomeriggio), il primo pasto sarà la colazione del mattino successivo (vedere gestione nutrizionale 1° giorno)

Hai fame? Si No Perché non hai fame? Troppo dolore/Nausea-Vomito/altro

Hai mangiato? Si No Solo a **Pranzo** Solo a **Cena** No Integratore

Giorno 2: (vedere gestione nutrizionale 2° giorno)

Hai fame? Si No Perché non hai fame? Troppo dolore/Nausea- Vomito/altro

Hai mangiato? Si No Solo a **Pranzo** Solo a **Cena** No Integratore

Giorno 3: Colazione con tè + fette biscottate e marmellata /orzo e latte + (Dieta Comune)

Hai fame? Si No Perché non hai fame? Troppo dolore/Nausea-Vomito o/altro

Hai mangiato? Si No Solo a **Pranzo** Solo a **Cena** No Integratore

Giorno 4: Colazione con tè + fette biscottate e marmellata /orzo e latte + (Dieta Comune)

Hai fame? Si No Perché non hai fame? Troppo dolore/Nausea-Vomito o/altro

Hai mangiato Si No Solo a **Pranzo** Solo a **Cena** No integratore

1) U.O.S.D.: DAY SURGERY E CHIRURGIA DIPARTIMENTALE

P.O. "C.URBANI" JESI, via ALDO MORO, 52 - 4° LIVELLO, PERCORSO VERDE

1) RESPONSABILE : dr MASSIMO FONTI

Coordinatrice Inf.ca Reparto GIACHETTA ANTONELLA

Dott.ssa	CROSTA FRANCESCA
Dott	
Dott	
Dott	

Coordinatori Infermieristici Ambulatori

- **Poliambulatorio JESI via Guerri n°9, Coordinatrice Inf.ca LUISITA MORESCHI**
- **Poliambulatorio FALCONARA via Rosselli n°9, Coordinatore Inf.co FARINELLI LUCIANO**

2) INFORMAZIONI e NUMERI UTILI

Per ogni informazione riguardante le attività è possibile telefonare al numero :

NUMERI UTILI:

Responsabile dr. M. Fonti: 0731534319 (tel+ fax)

Dirigente medico dott.ssa F. Crosta: 0731534347

Coordinatrice Infermieristica : 0731534344 (tel+ fax)

Infermieri: 0731534364

Prenotazione Ricoveri: 0731534364

1) U.O.S.D.: DAY SURGERY E CHIRURGIA DIPARTIMENTALE

P.O. "C.URBANI" JESI, via ALDO MORO, 52 - 4° LIVELLO, PERCORSO VERDE

Ambulatori divisionali

JESI via Guerri,9: 0731534625

- Martedì dalle ore 10,30 alle ore 14,00
- Giovedì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

– **FALCONARA via Rosselli,9: 07191781 (centralino)**

- Martedì dalle ore 8.00 alle ore 9,00

Prenotazioni tramite CUP

Il CUP è il centro unico di accesso a prenotazioni o disdette, per visite ed esami nel territorio regionale, in regime pubblico e libero professionale.

Occorre chiamare il 800 098798 da rete fissa (gratuito) - o il 0721 1779301 da rete mobile (a carico del chiamante) - o recarsi presso gli sportelli delle strutture sanitarie.

Il call center è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18 e il sabato dalle ore 8 alle ore 13.

Per prenotare occorre avere a disposizione la prescrizione sanitaria del medico curante o dello specialista e la Tessera Sanitaria.

3) ATTIVITA' SVOLTE DAL REPARTO

U.O. DAY SURGERY E CHIRURGIA DIPARTIMENTALE :

✓ **CHIRURGIA della PATOLOGIA ERNIARIA**

- (INGUINALE, EPIGASTRICA, OMBELICALE, LAPAROCELI)

✓ **CHIRURGIA dell'INSUFFICIENZA VENOSA SUPERFICIALE ARTI INFERIORI :**

- **STRIPPING**

- **LASERTERAPIA ENDOVASCOLARE**
- **SCLEROTERAPIA CON MOUSSE**
- **A.S.V.A.L. (FLEBECTOMIE)**
- **CHIRURGIA EMODINAMICA CHIVA**
- ✓ **CHIRURGIA DELLE ULCERE DEGLI ARTI INFERIORI**
 - **Asportazione a tutto spessore**
 - **Innesto di Derma rigenerativo**
 - **Innesto di lembi cutanei liberi**
- ✓ **PROCTOLOGIA**
 - **EMORROIDECTOMIA**
 - **Emorroidectomia sec MILLIGAN MORGAN**
 - **Emorroidectomia con LIGASURE**
 - **THD (legatura transanale arterie emorroidarie) + Mucopessia (Lifting anale)**
 - **TERAPIA RAGADE ANALE**
 - **Sfinterotomia laterale interna**
 - **TERAPIA FISTOLE ANALI**
 - **VAAFT (trattamento fistola anale video assistita)**
 - **Fistolotomia**

1) U.O.S.D.: DAY SURGERY E CHIRURGIA DIPARTIMENTALE

P.O. "C.URBANI" JESI, via ALDO MORO, 52 - 4° LIVELLO, PERCORSO VERDE

- Fistolectomia
- Posizionamento Seton
- FILAC (trattamento delicato con Laser)

✓ TERAPIA CISTI E FISTOLE PILONIDALI

- Incisione e Drenaggio Ascesso
- Asportazione e Plastica diretta a più strati
- EPSiT (Trattamento endoscopico Sinus Pilonidale)

✓ CHIRURGIA DERMATOLOGICA

- Asportazione neoformazioni cutanee
 - Dermatofibromi, Nevi, Lipomi, Tumori Benigni e Maligni, Cisti
- Asportazione e Plastica Unghie distrofiche ed incarnite

• Principali patologie trattate in regime Ambulatoriale

- Varici trattate con tecnica Laser, ASVAL e CHIVA (**Ambulatoriale H01**)
- Dermatofibromi, Nevi, Lipomi, Tumori Benigni e Maligni, Cisti
- Unghie distrofiche ed incarnite

• Principali patologie trattate in regime di Day Surgery

- Ernie
- Emorroidi, Ragadi anali, Fistole anali

1) U.O.S.D.: DAY SURGERY E CHIRURGIA DIPARTIMENTALE

P.O. "C.URBANI" JESI, via ALDO MORO, 52 - 4° LIVELLO, PERCORSO VERDE

- Cisti e Fistole pilonidali
- Varici trattate con STRIPPING
- Ulcere degli Arti Inferiori

N.B. se presenti indicare i percorsi di cura

4) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

In elenco le prestazioni ambulatoriali fornite dalla struttura in regime divisionale

1° VISITA, VISITA DI CONTROLLO, MEDICAZIONI, VISITA PROCTOLOGICA con ANO-RETTOSCOPIA

5) INDICAZIONI UTILI

Orari di visita ai degenti

Non ci sono orari di accesso in quanto ogni paziente può avere un accompagnatore presente in stanza sino al momento della dimissione.

Ricevimento Medici e Direttore

Orario di ricevimento dei medici

I medici ricevono il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 14.30 alle 15.30

Orario Ricevimento Direttore

Il Direttore della Struttura riceve il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 14.30 alle 15.30

Orario di ricevimento del Coordinatore Infermieristico

1) U.O.S.D.: DAY SURGERY E CHIRURGIA DIPARTIMENTALE

P.O. "C.URBANI" JESI, via ALDO MORO, 52 - 4° LIVELLO, PERCORSO VERDE

La Coordinatrice Infermieristica riceve dal Lunedì al Venerdì dalle 12,00 alle 13,30

Orario di distribuzione del vitto

Dopo l'intervento quando il paziente ha ripreso le funzioni vitali (diuresi, deambulazione)

Orario di visita medica

Il lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì nel Pomeriggio per verificare la possibile dimissione con consegna della lettera di dimissione ed istruzione riguardo al comportamento a cui il paziente deve attenersi

Altre informazioni che la struttura ritiene utile fornire agli utenti (es. segreteria per le prenotazioni- ritiro referti istologici se effettuati all'interno del reparto).

- È consentito l'uso dei computer portatili, del televisore e del cellulare ma, nel rispetto degli altri degenti, si invita a tenere basso il volume delle suonerie.

- Chi si prenderà cura del paziente:
 - **Personale medico** (con camice bianco). Il direttore e l'equipe medica hanno la responsabilità diagnostica e terapeutica.
 - **Coordinatore di Unità Operativa** (con divisa bianca e scollo bordato in blu). È responsabile dell'organizzazione assistenziale del reparto.
 - **Personale Infermieristico** (con divisa bianca e scollo bordato in celeste). Eroga le prestazioni infermieristiche appropriate ai bisogni psicofisici del degente.
 - **Personale di Supporto** (con divisa bianca e scollo bordato verde). Si occupa della gestione alberghiera e supporto attività di reparto.

IL RUOLO È RIPORTATO SUL TASCHINO DELLA DIVISA

1) U.O.S.D.: DAY SURGERY E CHIRURGIA DIPARTIMENTALE

P.O. "C.URBANI" JESI, via ALDO MORO, 52 - 4° LIVELLO, PERCORSO VERDE

➤ U.R.P. Area Vasta 2 – Jesi - Ospedale A. Murri Via dei Colli n. 52

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

Martedì e Giovedì dalle ore 15,00 alle ore 17,00.

Tel. e Fax 0731 534836

e-mail: urp.av2@sanita.marche.it

➤ RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA:

I pazienti, subito dopo la dimissione, possono richiedere copia della cartella clinica presso lo sportello CUP del Presidio Ospedaliero.

Se la documentazione viene ritirata da una persona diversa dall'intestatario della cartella, è necessario presentare una delega (fornita al momento della richiesta) e una fotocopia del documento di riconoscimento dell'intestatario e del delegato.

La richiesta di copia della cartella clinica può avvenire anche tramite fax al n. **0731 534031**, in tal caso la richiesta deve contenere le seguenti informazioni:

- cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza dell'intestatario della cartella clinica;
- reparto e periodo di ricovero;
- specificare se la documentazione viene ritirata allo sportello (se al ritiro viene incaricata una persona diversa dall'intestatario munirsi di delega e copia del documento di identità di quest'ultimo) o deve essere spedita (specificare l'indirizzo completo di CAP);
- indicare un numero di telefono per eventuali comunicazioni;
- sottoscrivere la richiesta;
- allegare documento di identità dell'intestatario della cartella clinica o dell'erede legittimo.

I tempi di riproduzione della cartella clinica variano a seconda che, al momento della richiesta, la cartella si trovi o meno a disposizione dell'Archivio.

Pertanto la cartella clinica verrà riprodotta e consegnata in:

➤ procedura d'urgenza

1) U.O.S.D.: DAY SURGERY E CHIRURGIA DIPARTIMENTALE

P.O. "C.URBANI" JESI, via ALDO MORO, 52 - 4° LIVELLO, PERCORSO VERDE

n. 5 giorni lavorativi se la cartella è disponibile in archivio clinico;

➤ procedura ordinaria

n. 30 giorni se la cartella è disponibile in archivio clinico;

n. 60 giorni se la cartella non è ancora disponibile in archivio clinico.

Per eventuali chiarimenti contattare il n. **0731 534006/ 0731 534034**

-REFERTO ES.ISTOLOGICO :

L'UTENTE verrà contattato telefonicamente per essere avvisato della disponibilità del referto che potrà essere ritirato nei seguenti giorni:

- Dal Lunedì al Venerdì ad orario concordato

(può essere ritirato da un'altra persona se munita di delega e lettera di dimissione)

6) MODULISTICA/PRESCRIZIONI PER L'UTENZA

Allegare i file dei documenti che riguardano la modulistica e prescrizioni per l'utenza

–indicare la lista dei moduli e rispettivi nomi es:

- Scheda arruolamento ricovero

[doc. scheda arruolamento per ricovero](#)

- Percorso del Paziente in DS

[percorso paziente](#)

- Prescrizioni preoperatorie

[prescrizione preoperatoria](#)

- Follow up telefonico

[follow up telefonico](#)

– Documenti informativi

– 1) cisti pilonidali

[doc. cisti pilonodali](#)

– 2) Emorroidi

[doc. emorroidi](#)

– 3) Varici

[doc. varici](#)

allegato stripping [allegato stripping varici](#)

allegato laser [allegato laser varici](#)

– 4) Ernie

[doc. ernie](#)

– 5) Fistole Perianali

[doc. fistole perianali](#)

– 6) Neoformazioni sottocutanee

[doc. neoformazioni sottocutanee](#)

– 7) interventi in regime ambulatoriale (dermatochirurgia)

[doc. interventi ambulatoriali.dermatochirurgia](#)

Per altre patologie (ad es. ragade anale etc) il medico compila il documento informativo generico discutendone ogni parte con il paziente che viene esaurientemente informato.

[doc. informativo generico](#)

**Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale**



DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DAY SURGERY DIPARTIMENTALE- JESI
Dr Massimo Fonti

**INFORMAZIONI DOPO INTERVENTO CHIRURGICO PER INSUFFICIENZA VENOSA
SUPERFICIALE**

Gentile paziente, Sig. ra

l'intervento che è stato effettuato per correggere nel modo meno traumatizzante le vene affette da malattia varicosa, in modo da non limitare sensibilmente le Sue attività.

La preghiamo comunque di tenere presenti le seguenti considerazioni:

- il suo arto è bendato oppure è stata posizionata una calza elastica per accelerare il processo di guarigione: entrambi questi mezzi di contenzione sono tali da consentirLe di camminare normalmente. Eventuali parti sporgenti sono dovute alla presenza di speciali spugne.
- la comparsa di piccole macchie di sangue sulla medicazione o sulla benda/calza non deve preoccupare.
- la sensazione di fastidio e dolorabilità in sede di intervento, se presente, è normale (nell'arto è stata praticata termocoagulazione endovascolare con laser della safena ed altre piccole incisioni per asportare le varicosità delle collaterali a tale vena)
- la comparsa di ecchimosi (lividi) o sensazioni di indurimento (specie quando toglieremo il bendaggio) non devono preoccupare, in quanto scompariranno completamente.

Le suggeriamo inoltre di:

- camminare normalmente senza irrigidire la gamba
- non assumere per lungo tempo posizioni con ginocchio molto piegato (posizione seduta sulla sedia, posizione alla guida dell'auto)
- evitare di stare a lungo in piedi senza camminare
- riposare periodicamente durante il giorno, distendendosi completamente con gli arti leggermente sollevati
- non bagnare né modificare il bendaggio se presente (in caso di prurito intenso - possibile allergia alle colle - si metta in contatto con noi o con il suo Medico)
- applicare borsa di ghiaccio per 10 minuti più volte al giorno in caso di dolore modesto
- contattarci al più presto se compare dolore intenso, formicolio al piede che diventa freddo ed insensibile, febbre o altri sintomi non elencati, o contattare con urgenza il suo Medico

JESI,

Cordiali saluti
il Responsabile U.O.
dr. M. Fonti

IL DIRIGENTE MEDICO
dr.ssa F.Crosta

**Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale**



Area Vasta 2– Ancona

**DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
U.O. DAY SURGERY - JESI
Dr Massimo Fonti**

INFORMAZIONI DOPO INTERVENTO CHIRURGICO DI VARICI

Gentile paziente, Sig.ra l'intervento è stato effettuato per correggere nel modo meno traumatizzante le vene affette da malattia varicosa, in modo da non limitare sensibilmente le Sue attività.

La preghiamo comunque di tenere presenti le seguenti considerazioni:

- il suo arto è bendato oppure è stata posizionata una calza elastica per accelerare il processo di guarigione: entrambi questi mezzi di contenzione sono tali da consentirLe di camminare normalmente. Eventuali parti sporgenti sono dovute alla presenza di speciali spugne.
- la comparsa di piccole macchie di sangue sulla medicazione o sulla benda/calza non deve preoccupare.
- la sensazione di fastidio e dolorabilità in sede di intervento, se presente, è normale (nell'arto è stata praticata o un'incisione per operare la safena nel suo punto d'origine e/o altre piccole incisioni per asportare le varicosità delle collaterali a tale vena)
- la comparsa di ecchimosi (lividi) o sensazioni di indurimento (specie quando toglieremo il bendaggio) non devono preoccupare, in quanto scompariranno completamente.

Le suggeriamo inoltre di:

- camminare normalmente senza irrigidire la gamba
- non assumere per lungo tempo posizioni con ginocchio molto piegato (posizione seduta sulla sedia, posizione alla guida dell'auto)
- evitare di stare a lungo in piedi senza camminare
- riposare periodicamente durante il giorno, distendendosi completamente con gli arti leggermente sollevati
- non bagnare né modificare il bendaggio se presente (in caso di prurito intenso - possibile allergia alle colle - si metta in contatto con noi o con il suo Medico)
- applicare borsa di ghiaccio per 10 minuti più volte al giorno in caso di dolore modesto
- contattarci al più presto se compare dolore intenso, formicolio al piede che diventa freddo ed insensibile, febbre o altri sintomi non elencati, o contattare con urgenza il suo Medico

JESI,

**Il Responsabile
Dr. Massimo Fonti**

**Il Dirigente Medico
Dott.ssa Francesca Crosta**



MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO
IN REGIME AMBULATORIALE
LESIONI CUTANEE E/O SOTTOCUTANEE

P.O. "CARLO URBANI" JESI
U.O. S. DIPARTIMENTALE di DAY SURGERY – CHIRURGIA
DIPARTIMENTALE
Responsabile: dr. Massimo Fonti

Il sottoscritto _____ dovrà sottoporsi al
trattamento sanitario di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal dr. _____, Dirigente
Medico dell'U.O. di Chirurgia Dipartimentale del P.O. Di Jesi, dei seguenti aspetti
relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- 1. SCOPO DEL TRATTAMENTO E BENEFICI PREVISTI**
- 2. RISCHI/INCONVENIENTI ragionevolmente prevedibili per la persona**
- 3. MODALITA' DI INTERVENTO e/o ALTERNATIVE POSSIBILI**
- 4. CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO**
- 5. DURATA DEL TRATTAMENTO e REGIME DI ASSISTENZA**
- 6. COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA /
DURANTE e DOPO IL TRATTAMENTO SANITARIO.**

DICHIARA INOLTRE

- di aver ricevuto un'informazione completa e comprensibile anche attraverso la nota
informativa specifica per il trattamento proposto
- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario ha avuto il tempo
necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente ulteriori
informazioni
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente.

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO IO SOTTOSCRITTO _____
_____ AUTORIZZO IL TRATTAMENTO SANITARIO DI CUI
ALLA PREMESSA _____ FIRMA

**Per il minore FIRMA DEL GENITORE che dichiara di esercitare la potestà
genitoriale e che l'altro genitore è stato informato e ne consente il trattamento**
FIRMA DEL TUTORE /CURATORE _____

FIRMA DEL TESTIMONE (in caso di impedimento fisico a firmare, analfabetismo, non conoscenza della lingua italiana)_____

PARTE RISERVATA AL MEDICO

Dal colloquio avuto è risultato che il paziente ha ricevuto e compreso le informazioni necessarie, ha ricevuto il modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL MEDICO* dr. _____

data ed ora, _____

***il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento.**

EVENTUALI ALLEGATI: (specificare) _____

DEVE RITIRARE REFERTO ESAME ISTOLOGICO EFFETTUATO PER LA LESIONE ASPORTATA

Consegnato modulo per ritiro presso sportello “ritiro referti” del CUP – Ospedale “C.Urbani” - Jesi

FIRMA PAZIENTE

P.O “CARLO URBANI”- JESI
U.O.S.Dip.le di Day Surgery -Chirurgia Dipartimentale
Responsabile: dr. M.Fonti

**DOCUMENTO INFORMATIVO PER LA DICHIARAZIONE DI
CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO
CISTI E FISTOLE PILONIDALI**

Cognome Nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Il trattamento sanitario che Le consigliamo

Asportazione di cisti e/o fistola pilonidale

per essere eseguito richiede il suo consenso, previa dettagliata informazione circa tutto quanto attiene al trattamento sanitario in questione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento. Prima dell'esecuzione del trattamento un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento informandoLa, con tutti i dovuti ragguagli, sulle necessità, rischi, conseguenze prevedibili, ecc. del trattamento in modo che possa rilasciare un consenso esaurientemente informato.

SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO

- **Eliminazione di un focolaio infettivo cronico**
- **Risoluzione dei sintomi**
- **Elevata**

RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER LA PERSONA

- **Infezione della ferita**
- **Guarigione per seconda intenzione (con ferita aperta)**
- **Recidiva (infrequente)**

DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI

- **Asportazione radicale della cisti e/o del tragitto fistoloso con sutura diretta ed eventuale drenaggio**
- **Asportazione radicale con ferita aperta e guarigione per seconda intenzione**
- **E.P.Si.T (fistulosopia con toilette del tragitto fistoloso + coagulazione video assistita)**

CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA

CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO

- **Possibilità di ascessi ricorrenti e fistolizzazioni multiple**

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA

- **30 minuti circa**
- **Dimissione in giornata, salvo complicazioni**

COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO.

- **Evitare gli sforzi e la posizione seduta per 7 giorni**
- **Evitare bicicletta, moto, equitazione e lunghe percorrenze in macchina per 1 mese**
- **Evitare traumatismi**

Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che viene oggi ulteriormente approfondito dal sottoscritto, anche in relazione a problematiche legate alla sua specifica situazione che Lei ha avuto modo di valutare attentamente. Ciò premesso è essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento da noi prospettato, per cui La invitiamo a chiedere, liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

ANNOTAZIONI DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO

E' stata consegnata e discussa con il paziente una scheda informativa specifica ad integrazione di questo documento.

Data _____

Firma del paziente o legale rappresentante _____

Io sottoscritto Dr. _____ dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente. _____ Firma del Medico _____

N.B. Si rende noto che se al prericovero non dovesse far seguito il ricovero, per scelta dell'utente, dovrà essere corrisposto il ticket per le prestazioni effettuate.

PER QUALSIASI INFORMAZIONE

- Telefono **Caposala Sig.ra Antonella 0731534344**
- Telefono **Unità Operativa – Infermieri 0731534364**
- Telefono **Studi Medici Dr Fonti 0731534319**

P.O “CARLO URBANI”- JESI
U.O.S.Dip.le di Day Surgery -Chirurgia Dipartimentale
Responsabile: dr. M.Fonti

DOCUMENTO INFORMATIVO PER LA DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO PATOLOGIA EMORROIDARIA

Cognome Nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Il trattamento sanitario che Le consigliamo

Correzione Chirurgica con :

per essere eseguito richiede il suo consenso, previa dettagliata informazione circa tutto quanto attiene al trattamento sanitario in questione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento. Prima dell'esecuzione del trattamento un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento informandoLa, con tutti i dovuti ragguagli, sulle necessità, rischi, conseguenze prevedibili, ecc. del trattamento in modo che possa rilasciare un consenso esaurientemente informato.

SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO

- **Asportazione dei gavoccioli emorroidali**
- **Decongestione volumetrica dei gavoccioli e correzione del prolasso mucoso**
- **Risoluzione dei sintomi**
- **Elevata**

RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER LA PERSONA

- **Sanguinamento di solito modesto (raramente può richiedere una revisione in sala operatoria)**
- **Dolore anale all'evacuazione nell'immediato post-operatorio (controllato con gli analgesici)**
- **Dolore nella regione ipogastrica nell'immediato post-operatorio**
- **Ritenzione urinaria, che può richiedere la cateterizzazione vescicale**

DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI

- **Asportazione dei gavoccioli emorroidari (di solito 3) lasciando aperte le ferite sec. tecnica Milligan Morgan o con Ligasure**
- **Emorroidectomia con suturatrice circolare sec. Longo**
- **THD + Mucopessia da sola o in associazione ad asportazione gavoccioli**

CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA

CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO

- **Persistenza dei sintomi**

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA

- **30-40 minuti circa**
- **Dimissione in giornata, salvo complicazioni**

COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO.

- **Igiene locale accurata**
- **Dieta priva di scorie per 3 giorni prima dell'intervento**
- **Dieta ricca di scorie dopo trattamento**

Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che viene oggi ulteriormente approfondito dal sottoscritto, anche in relazione a problematiche legate alla sua specifica situazione che Lei ha avuto modo di valutare attentamente. Ciò premesso è essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento da noi prospettato, per cui La invitiamo a chiedere, liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

ANNOTAZIONI DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO

E' stata consegnata e discussa con il paziente una scheda informativa specifica ad integrazione di questo documento.

Data _____

Firma del paziente o legale rappresentante _____

Io sottoscritto Dr. _____ dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

Firma del Medico _____

N.B. Si rende noto che se al prericovero non dovesse far seguito il ricovero, per scelta dell'utente, dovrà essere corrisposto il ticket per le prestazioni effettuate.

PER QUALSIASI INFORMAZIONE

- Telefono **Caposala** Sig.ra Antonella **0731534344**
- Telefono **Unità Operativa – Infermieri** **0731534364**
- Telefono **Studi Medici** Dr Fonti **0731534319**

P.O “CARLO URBANI”- JESI
U.O.S.Dip.le di Day Surgery -Chirurgia Dipartimentale
Responsabile: dr. M.Fonti

**DOCUMENTO INFORMATIVO PER LA DICHIARAZIONE DI
CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO
PATOLOGIA ERNIARIA**

Cognome Nome _____ Nato/a a _____
il _____ residente a _____ via _____

Il trattamento sanitario che Le consigliamo

Plastica per ernia della parete addominale

per essere eseguito richiede il suo consenso, previa dettagliata informazione circa tutto quanto attiene al trattamento sanitario in questione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento. Prima dell'esecuzione del trattamento un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento informandoLa, con tutti i dovuti ragguagli, sulle necessità, rischi, conseguenze prevedibili, ecc. del trattamento in modo che possa rilasciare un consenso esaurientemente informato.

SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO

- **Correzione chirurgica dell'ernia**
- **Risoluzione dei sintomi (tumefazione e senso di peso locale, dolori addominali)**
- **Elevata**

RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER LA PERSONA

- **Ematoma locale (di solito a risoluzione spontanea)**
- **Nevralgia inguinale (per lo più temporanea) nelle ernie inguinali**
- **Recidiva dell'ernia (rara)**
- **Trombosi venosa profonda degli arti inferiori (rara)**

DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI

- **Plastica della parete addominale diretta o con rete protesica e/o plug**

CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA

CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO

- **Progressivo aumento di dimensioni dell'ernia**
- **Possibilità di complicazioni (intasamento e strozzamento)**

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA

- **30-45 minuti circa**
- **Dimissione in giornata, salvo complicazioni**

COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO.

- **Evitare sforzi fisici intensi per almeno 1 mese**
- **E' consigliata una contenzione elastica per un mese circa**

Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che viene oggi ulteriormente approfondito dal sottoscritto, anche in relazione a problematiche legate alla sua specifica situazione che Lei ha avuto modo di valutare attentamente. Ciò premesso è essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento da noi prospettato, per cui La invitiamo a chiedere, liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

ANNOTAZIONI DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO

E' stata consegnata e discussa con il paziente una scheda informativa specifica ad integrazione di questo documento.

Data _____

Firma del paziente o legale rappresentante _____

Io sottoscritto Dr. _____ dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

Firma del Medico _____

N.B. Si rende noto che se al prericovero non dovesse far seguito il ricovero, per scelta dell'utente, dovrà essere corrisposto il ticket per le prestazioni effettuate

PER QUALSIASI INFORMAZIONE

- | | |
|--|---------------------------------|
| - Telefono Caposala | 0731 534461 / 0731534344 |
| - Telefono Unità Operativa – Infermieri | 0731534364 |
| - Telefono Studi Medici Dr Fonti | 0731534319 |

P.O “CARLO URBANI”- JESI
U.O.S.Dip.le di Day Surgery -Chirurgia Dipartimentale
Responsabile: dr. M.Fonti

**DOCUMENTO INFORMATIVO PER LA DICHIARAZIONE DI
CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO
FISTOLE PERIANALI**

Cognome Nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Il trattamento sanitario che Le consigliamo

- 1. Fistulotomia o fistulectomia , con eventuale posizionamento di setone**
- 2. Termocoagulazione con laser**
- 3. V.A.A.F.T. (Fistuloscopia + diatermocoagulazione)**
- 4. trattamento con Plug**

per essere eseguito richiede il suo consenso, previa dettagliata informazione circa tutto quanto attiene al trattamento sanitario in questione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento. Prima dell'esecuzione del trattamento un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento informandoLa, con tutti i dovuti ragguagli, sulle necessità, rischi, conseguenze prevedibili, ecc. del trattamento in modo che possa rilasciare un consenso esaurientemente informato.

SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO

- **Trattare il tragitto fistoloso favorendone la guarigione dal fondo**
- **Ridurre il rischio che si formino altri ascessi e nuove fistole**
- **Buona possibilità di successo**

RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER LA PERSONA

- **Sanguinamento, di solito moderato**
- **Difficoltà, per lo più temporanea, a trattenere gas e feci liquide, soprattutto nel caso si posizioni il setone (infrequente)**
- **Ritenzione urinaria, che può richiedere la cateterizzazione vescicale possibile effetto collaterale della anestesia peridurale**

DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI

- **Apertura o asportazione completa del tragitto fistoloso ed eventuale riposizionamento del setone**
- **termocoagulazione sterilizzante del tragitto fistoloso (con laser e/o bisturi elettrico) con o senza fistuloscopia**
- **posizionamento di plug**

CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA e CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO

- **Persistenza di un focolaio di infezione cronica dei tessuti molli**
- **Rischio di riacutizzazioni con ascessi e nuove fistole**

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA

- **30 minuti circa eccetto che con fistuloscopia per cui necessita a volte tempi più lunghi**
- **Dimissione in giornata, salvo complicazioni**

COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO.

- **Igiene locale accurata e sostituzione della medicazione**
- **Controlli periodici**

Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che viene oggi ulteriormente approfondito dal sottoscritto, anche in relazione a problematiche legate alla sua specifica situazione che Lei ha avuto modo di valutare attentamente. Ciò premesso è essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento da noi prospettato, per cui La invitiamo a chiedere, liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

ANNOTAZIONI DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO

E' stata consegnata e discussa con il paziente una scheda informativa specifica ad integrazione di questo documento

Data

Firma del paziente o legale rappresentante

Io sottoscritto Dr. _____ dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

Firma del Medico

N.B. Si rende noto che se al prericovero non dovesse far seguito il ricovero, per scelta dell'utente, dovrà essere corrisposto il ticket per le prestazioni effettuate

PER QUALSIASI INFORMAZIONE

- Telefono Caposala	0731534344
- Telefono Unità Operativa – Infermieri	0731534364
- Telefono Studi Medici Dr Fonti	0731534319

P.O “CARLO URBANI”- JESI
U.O.S.Dip.le di Day Surgery -Chirurgia Dipartimentale
Responsabile: dr. M.Fonti

**DOCUMENTO INFORMATIVO PER LA DICHIARAZIONE DI
CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO
NEOFORMAZIONI SOTTOCUTANEE**

Cognome Nome _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____

Il trattamento sanitario che Le consigliamo

Asportazione di neoformazioni sottocutanee o dei tessuti molli

attiene al trattamento sanitario in questione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento. Prima dell'esecuzione del trattamento un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento informandoLa, con tutti i dovuti ragguagli, sulle necessità, rischi, conseguenze prevedibili, ecc. del trattamento in modo che possa rilasciare un consenso esaurientemente informato.

SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO

- **Asportazione della neoformazione**
- **Accertamento della sua natura tramite es. istologico**
- **Elevata**

RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER LA PERSONA

- **Ematoma o sieroma locale**

DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI

- **Asportazione della neoformazione**
- **ricostruzione diretta secondo i piani tissutali**

CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA

CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO

- **Aumento progressivo di dimensioni**

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA

- **20-30 minuti**

- **Dimissione in giornata salvo complicazioni**

COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO.

Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che viene oggi ulteriormente approfondito dal sottoscritto, anche in relazione a problematiche legate alla sua specifica situazione che Lei ha avuto modo di valutare attentamente. Ciò premesso è essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento da noi prospettato, per cui La invitiamo a chiedere, liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

ANNOTAZIONI DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO

Data

Firma del paziente o legale rappresentante

Io sottoscritto Dr. _____ dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

Firma del Medico

N.B. Si rende noto che se al prericovero non dovesse far seguito il ricovero, per scelta dell'utente, dovrà essere corrisposto il ticket per le prestazioni effettuate

PER QUALSIASI INFORMAZIONE

Telefono **Caposala**

0731534344

- Telefono **Unità Operativa – Infermieri**

0731534364

- Telefono **Studi Medici** Dr Fonti

0731534319

P.O “CARLO URBANI”- JESI
U.O.S.Dip.le di Day Surgery -Chirurgia Dipartimentale
Responsabile: dr. M.Fonti

**DOCUMENTO INFORMATIVO PER LA DICHIARAZIONE DI
CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO
VARICI ARTI INFERIORI**

Cognome _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____

Il trattamento sanitario che Le consigliamo

Trattamento chirurgico dell'insufficienza venosa dell'arto inferiore

per essere eseguito richiede il suo consenso, previa dettagliata informazione circa tutto quanto attiene al trattamento sanitario in questione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento. Prima dell'esecuzione del trattamento un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento informandoLa, con tutti i dovuti ragguagli, sulle necessità, rischi, conseguenze prevedibili, ecc. del trattamento in modo che possa rilasciare un consenso esaurientemente informato.

SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO

- **Cura dell'insufficienza venosa cronica dell'arto inferiore e rimozione delle varici**
- **Riduzione dei sintomi**
- **Elevata**

RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER LA PERSONA

- **Sanguinamento dalle ferite chirurgiche ed ematomi dell'arto a risoluzione per lo più spontanea**
- **Lesione temporanea o definitiva del nervo safeno con formicolii e dolore alla gamba e al piede (rara)**
- **Lesione temporanea o definitiva del n. cutaneo laterale superf. (rara)**
- **Trombosi venosa superficiale o profonda (rara)**

DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI

- **Stripping (sfilamento) della vena safena incontinente e varicosa e/o asportazione delle vene collaterali dilatate**
- **Trattamento laser endovascolare della vena safena incontinente e/o scleromousse**
- **SFALT (Trattamento laser endovascolare + scleromousse della vena safena incontinente)**
- **Scleroterapia e/o scleromousse e/o asportazione delle vene incontinenti**

CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA

- **Possibile conversione in stripping grande safena, se fibra laser non progredisce sino alla cross**

CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO

- **Persistenza dei sintomi di insufficienza venosa**

- Possibilità nell'evoluzione di dermatiti, flebiti e ulcere dell'arto inferiore

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA

- 1 ora circa
- Dimissione in giornata salvo complicazioni

COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO.

- Evitare di stare fermi in piedi o seduti troppo a lungo
- Bendaggio elastico fisso dell'arto per 1 settimana in caso di stripping a cui segue monocollant elastico per 1 mese; in caso di trattamento con laser monocollant elastico per 3 giorni anche la notte poi solo il giorno per 1 mese

Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che viene oggi ulteriormente approfondito dal sottoscritto, anche in relazione a problematiche legate alla sua specifica situazione che Lei ha avuto modo di valutare attentamente. Ciò premesso è essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento da noi prospettato, per cui La invitiamo a chiedere, liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

ANNOTAZIONI DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO

E' stata consegnata e discussa con il paziente una scheda informativa specifica ad integrazione di questo documento.

Data _____

Firma del paziente o legale rappresentante _____

Io sottoscritto Dr. _____ dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

Firma del Medico _____

N.B. Si rende noto che se al prericovero non dovesse far seguito il ricovero, per scelta dell'utente, dovrà essere corrisposto il ticket per le prestazioni effettuate.

PER QUALSIASI INFORMAZIONE

- | | |
|--|-------------------|
| - Telefono Caposala | 0731534344 |
| - Telefono Unità Operativa – Infermieri | 0731534364 |
| - Telefono Studi Medici Dr Fonti | 0731534319 |



P.O “CARLO URBANI”- JESI
U.O.S.Dip.le di Day Surgery -Chirurgia Dipartimentale
Responsabile: dr. M.Fonti

**DOCUMENTO INFORMATIVO PER LA DICHIARAZIONE DI
CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____

Il trattamento sanitario che Le consigliamo

per essere eseguito richiede il suo consenso, previa dettagliata informazione circa tutto quanto attiene al trattamento sanitario in questione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento. Prima dell'esecuzione del trattamento un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento informandoLa, con tutti i dovuti ragguagli, sulle necessità, rischi, conseguenze prevedibili, ecc. del trattamento in modo che possa rilasciare un consenso esaustivamente informato.

SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO

RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER LA PERSONA

DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI

CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA

CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO

DURATA DEL TRATTAMENTO E REGIME DI ASSISTENZA

COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO.

Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che viene oggi ulteriormente approfondito dal sottoscritto, anche in relazione a problematiche legate alla sua specifica situazione che Lei ha avuto modo di valutare attentamente. Ciò premesso è essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento da noi prospettato, per cui La invitiamo a chiedere, liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

ANNOTAZIONI DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO

Data

Firma del paziente o legale rappresentante

Io sottoscritto Dr. _____ dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

Firma del Medico _____

N.B. Si rende noto che se al prericovero non dovesse far seguito il ricovero, per scelta dell'utente, dovrà essere corrisposto il ticket per le prestazioni effettuate.

PER QUALSIASI INFORMAZIONE

- Telefono **Caposala**
- Telefono **Unità Operativa – Infermieri**
- Telefono **Studi Medici** Dr Fonti

0731534344

0731534364

0731534319

U.O. DAY SURGERY : SPECIALITA' _____

COGNOME _____ NOME _____

TELEFONO _____

INTERVENTO _____ DATA _____

FOLLOW – UP TELEFONICO DEL GIORNO _____

DOLORE 0 / 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TERAPIA ANTALGICA	SI ☐	NO ☐
NAUSEA	SI ☐	NO ☐
VOMITO	SI ☐	NO ☐
CEFALEA	SI ☐	NO ☐
VERTIGINI	SI ☐	NO ☐
DIURESI	SI ☐	NO ☐
ALVO	SI ☐	NO ☐
T.C.	SI ☐	NO ☐
STATO MEDICAZIONE	ASCIUTTA ☐	TRACCE EMATICHE ☐
PERDITE EMATICHE	SI ☐	NO ☐
ALTRO		

Firma Infermiere

PERCORSO DEL PAZIENTE IN DAY SURGERY

- 1) **1° Visita ambulatoriale** (la prenotazione delle prime visite deve avvenire tramite CUP sia telefonando al numero verde che presentandosi presso uno degli sportelli o in libera professione dallo specialista di fiducia)

Medico :1° accesso

- pone indicazione all'intervento;
- valuta i requisiti clinici e socio-famigliari per il trattamento in Day Surgery e/o Ambulatoriale e compila la scheda di arruolamento all'intervento (conservate in cartella);
- fornisce informazioni sulla procedura chirurgica, sulle caratteristiche del ricovero diurno e consegna la documentazione relativa:
 - copia della scheda di arruolamento all'intervento
 - documento informativo relativo all'intervento che il paziente riconsegnerà firmato per presa visione al momento del ricovero da conservare in cartella

➤ **Scheda arruolamento all'intervento chirurgico/ricovero:**

- Il **Medico** compila la scheda (in duplice copia) in tutte le sue parti: anagrafica, anamnesi remota e prossima con eventuale terapia domiciliare, diagnosi, procedura chirurgica, codice di priorità, eventuali procedure diagnostiche da effettuare; l'originale viene consegnata alla Coordinatrice o Infermiere per essere inserita nel programma Ormaweb e la copia viene consegnata al paziente
- La **Coordinatrice o l'Infermiere** inserisce il nominativo sulla "lista d'attesa" del programma ORMAWEB ;

Il paziente successivamente verrà contattato telefonicamente per comunicargli le date del prericovero e ricovero/intervento.

2) **Prericovero : 2° accesso**

N.B. Il paziente si deve presentare in Preospedalizzazione alle ore 7.00 / 7.15 al livello 4° percorso verde e prendere il numero dal distributore:

- digiuno
- munito di documento di identità e tessera sanitaria
- munito di documentazione clinica delle patologie pregresse e di quella attuale
- con i farmaci che assume abitualmente

(sarà impegnato per tutta la mattina ore 13 ca)

2.1 **Infermiere** addetto ai prericoveri:

- esegue gli esami di routine: ematici, ECG
- rileva parametri vitali
- invia il paziente ad effettuare altri accertamenti diagnostici, se prescritti
- illustra la scheda delle prescrizioni preoperatorie e istruisce il paziente sulle indicazioni preoperatorie;
- comunica la data presunta del ricovero in DS/ Ambulatoriale.

2.2 **Anestesista** :

- esegue la visita anestesilogica, con valutazione definitiva per il ricovero in DS;
- programma e richiede eventuali esami aggiuntivi di laboratorio e/o strumentali (complementari per la valutazione), che se possibile verranno eseguiti in mattinata;
- spiega le metodiche anestesilogiche previste;
- raccoglie la firma del consenso anestesilogico (conservato in cartella)
- prescrive eventuale profilassi antitrombotica preoperatoria secondo protocolli

2.3 **Chirurgo**:

- rivaluta il paziente e compila la cartella clinica con prescrizione dell'eventuale profilassi antibiotica, antitrombotica o altro;
- spiega di nuovo l'intervento chirurgico previsto;
- ritira il documento informativo dell'intervento firmato dal paziente
- fa firmare il consenso dell'atto chirurgico (conservato in cartella)

3) **Ricovero nell'U.O. DS: 3° accesso**

➤ **3.1 Fase preoperatoria**

3.1.1 Infermiere:

- accoglie il paziente assegnando il posto letto
- registra il ricovero sul programma ADT WEB
- verifica che la preparazione del paziente sia avvenuta come da prescrizioni e allega la scheda "prescrizioni preoperatorie" firmata dal paziente e dall'accompagnatore, conservata in cartella (deve essere previsto un accompagnatore che si prende cura dell'operato nelle prime 24 ore);
- controlla che la cartella clinica sia completa e verifica l'indicazione della profilassi antibiotica e antitrombotica;
- somministra eventuale terapia preoperatoria e prepara il paziente all'intervento
- accompagna il 1° paziente in sala operatoria alle ore 8.00

3.1.2 Chirurgo:

- esegue un'ulteriore valutazione;
- controlla la completezza del consenso all'intervento;
- compila impegnative per i farmaci per la terapia da effettuare a domicilio (i farmaci sono ritirati dal personale e/o dall'accompagnatore del paziente c/o farmacia interna in mattinata dalle ore 10.00 alle ore 14.00)

➤ **3.2 Fase intraoperatoria**

- Esecuzione della procedura chirurgica nel blocco operatorio

➤ **3.3 Fase post operatoria**

3.3.1 Infermiere:

- provvede al controllo delle funzioni vitali e dei parametri;
- somministra la terapia prescritta dall'Anestesista e dal Chirurgo
- provvede alla vestizione, mobilizzazione, alimentazione del paziente.
-

3.3.2 Chirurgo:

- Entro le 17.00 valuta condizioni del paziente e la sua dimissibilità

DIMISSIONE

Medico:

- valuta la dimissibilità del paziente
- compila la “scheda di dimissibilità” (conservata in cartella);
- compila e consegna la lettera di dimissione (copia in cartella);
- consegna i moduli informativi con le prescrizioni postoperatorie, i recapiti telefonici a cui rivolgersi in caso di necessità;
- spiega come assumere la terapia a domicilio ed il comportamento nel post-operatorio;
- consegna l'impegnativa con la data del 1° controllo ambulatoriale (appuntamento prenotato direttamente dal medico)

Infermiere:

- rileva i parametri vitali;
- sfilava l'ago cannula;
- si accerta che il paziente abbia un accompagnatore che firmi in qualità di referente per le prime 24 ore dalla dimissione;
- prepara la scheda per il follow-up telefonico del mattino successivo
- registra la dimissione sul programma ADT WEB

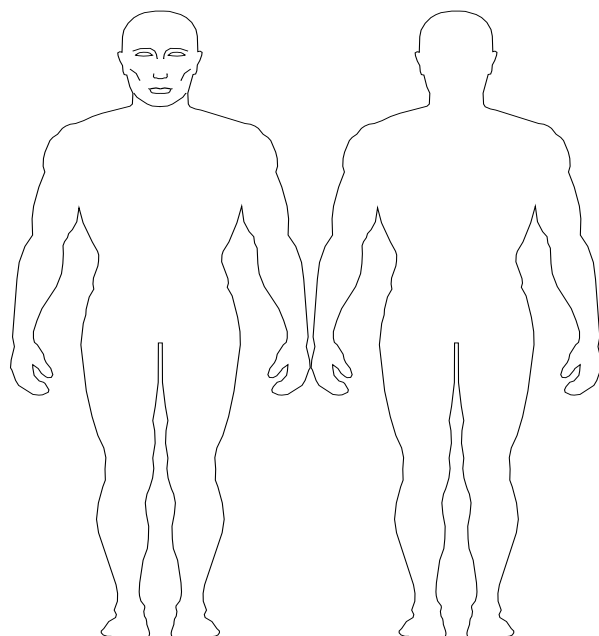
IL GIORNO SUCCESSIVO

Infermiere:

- esegue il **follow-up telefonico che riporta sulla cartella infermieristica** e ne informa il medico sull'esito

**U.O. CHIRURGIA DIPARTIMENTALE
DAY SURGERY**

Ospedale Carlo Urbani Jesi
Resp. Dott. Massimo Fonti

**PRESCRIZIONI PREOPERATORIE**

Gentile Sig/Sig.ra :

Lei è prenotato per il ricovero nella nostra Unità il giorno _____ alle ore 07.00
Al IV° livello (percorso verde) Ospedale Carlo Urbani.

Al fine dell'ottimale svolgimento del suo ricovero dovrà osservare le seguenti prescrizioni:

- ☐ La sera precedente il ricovero può consumare un pasto leggero ma dovrà rimanere digiuno dopo la mezzanotte.
- ☐ Se possibile dovrà depilare la zona interessata dall'intervento come evidenziato nel disegno (usare crema depilatoria o rasoio elettrico).
- ☐ La mattina dell'intervento rimuoverà trucco, smalto dalle unghie, lenti a contatto ed eventuali protesi dentarie mobili; faccia un bagno o una doccia.
- ☐ È preferibile che lasci a casa valori quali contanti e gioielli.
- ☐ Porti con se nella loro scatola originale, i farmaci che abitualmente assume.
- ☐ Si ricordi di portare tutta la documentazione medica relativa al suo problema clinico ed il libretto sanitario.
- ☐ Si organizzi al fine di avere una persona che possa guidare ed accompagnarla a casa il giorno dell'intervento; è necessario che l' accompagnatore possa stare con lei durante le prime 24 ore; la dimissione sarà prevista tra le ore 15:00 e le ore 18:00(salvo complicanze), dopo la valutazione da parte del chirurgo.
- ☐ Indossi abiti comodi (tuta da ginnastica) o porti un pigiama ed un paio di ciabatte.
- ☐ Questo schema pre-operatorio deve essere firmato e riconsegnato il giorno del ricovero.

Jesi, li ____/____/____

Firma del paziente per presa visione

Firma accompagnatore

SCHEDA DI ARRUOLAMENTO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

&
DI AMMISSIONE OSPEDALIERA P.O "CARLO URBANI"- JESI

Accettazione: U.O.S.Dip.le di Day Surgery -Chirurgia Dipartimentale

Responsabile: dr. M.Fonti

Cognome nome _____ Sesso M ☐ F ☐

Nat _____ a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ ☐ Dipendente

Telefono _____ Professione _____ ☐ Autonomo

Codice Fiscale _____

Stato Civile ☐ coniugato ☐ vedovo Coniuge _____
☐ celibe / nubile

Persona da informare _____

Medico Curante _____

DIAGNOSI _____

INTERVENTO _____

CODICE PRIORITA'

A
ENTRO 30 GG

B
ENTRO 60 GG

C
OLTRE 60 GG

REGIME DI RICOVERO ☐ Day Hospital ☐ Ordinario (Programmato) ☐ Ambulatoriale

VISITA O Amb. Divisionale O Amb. Libera Professione

Data Prenotazione

Firma Medico Proponente

Data Prericoveroore

Firma Medico Accettante

Data Ricovero.....ore.....

NOTIZIE CLINICHE

Allergie.....

Malattie Rilevanti.....
.....

Profilassi Antibiotica

Profilassi Tromboembolica.....
.....

VALUTAZIONE PREOPERATORIA NECESSARIA

Rx Torace

Es ematochimici

Ecg

Visita anestesiológica

Visita cardiologica

Altro

Firma del Medico

N.B. Si rende noto che se al prericovero non dovesse far seguito il ricovero, per scelta dell'utente, dovrà essere corrisposto il ticket per le prestazioni effettuate.

PER QUALSIASI INFORMAZIONE

- Telefono Caposala Sig.ra Antonella 0731534344
- Telefono Unità Operativa – Infermieri 0731534364
- Telefono Studi Medici Dr Fonti 0731534319

1) NOME DEL REPARTO E COLLOCAZIONE (UOC/UOSD – Presidio- piano)

L'Unità operativa complessa di UROLOGIA è situata presso l'Ospedale "Carlo Urbani" – Via Aldo Moro n 25 – Jesi.

Gli ambulatori si trovano presso il **Polo Endoscopico** al **Livello 2** del percorso **VERDE**, mentre le degenze si trovano al **Livello 4** (Area Chirurgica) stesso percorso.

Mentre l'AMBULATORIO DIVISIONALE di Jesi: Stanza 143 al 1° piano Poliambulatorio di Via Guerri, 2 (JESI)

2) NOMINATIVI DEI MEDICI E DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Direttore: Dottor Vincenzo Ferrara

Dott. Maurizio Diambrini	Dirigente medico I livello
Dott. Manuel Di Biase	Dirigente medico I livello
Dott. Willy Giannubilo	Dirigente medico I livello
Dott. Andrea Marconi	Dirigente medico I livello
Dott. Giuseppe Sortino	Dirigente medico I livello

Coordinatore Infermieristico Ambulatori Polo endoscopico:

Sig.ra Antonella Giachetta

Coordinatore Infermieristico Reparto:

Sig.ra Antonella Giachetta

3) **INFORMAZIONI e NUMERI UTILI**

Per ogni informazione riguardante le attività è possibile telefonare al numero :

NUMERI UTILI:

Coordinatore Infermieristico 0731534344

Segreteria U.O. 0731534450

Degenze 0731534478

Ambulatori di Urologia 0731534353/336

Ambulatorio Uro-ginecologia/fisiatria 0731534064

Ambulatorio divisionale di Urologia (via Guerri, 2) 0731534625

4) **ATTIVITA' SVOLTE DAL REPARTO**

La struttura tratta le principali patologie urologiche maligne e benigne soprattutto mediante i più moderni approcci mini-invasivi

Chirurgia Mini-invasiva

◆ Chirurgia Endoscopica e chirurgia laser

Tumori vescica

Iperplasia prostatica benigna (TURP – Thulep)

Calcolosi reno-ureterale (URS –RIRS – ECIRS)

◆ Chirurgia Laparoscopica

Adrenalectomia (tumori maligni e benigni del surrene)

Nefrectomia radicale allargata (tumori del rene)

Nefrectomia parziale (polare)

Tumorectomia renale (asportazione di piccoli tumori renali)

Nefrectomia semplice (asportazione di rene non funzionante)

Nefro-ureterectomia (tumori della pelvi del rene e dell'uretere)

Marsupializzazione Cisti renale (asportazione della parete delle cisti renale)

Pielolitomia (asportazione di grossi calcoli renali)

Ureterolitotomia (asportazione di grossi calcoli dell'uretere)

Ureterectomy

Cistectomy radicale (tumori vescicali infiltranti)

Plastica del Giunto pielo-ureterale (cura della sindrome del giunto pielo-ureterale)

Colposacropessi (cura del prolasso)

Prostatectomia radicale (tumore della prostata)

Linfadenectomia pelvica (asportazione dei linfonodi della pelvi)

◆ **Laparoscopia con Singola Incisione (LESS)**

Prostatectomia radicale extraperitoneale con singola incisione (trattamento del tumore della prostata con unico accesso di 2,5 cm sotto-ombelicale)

◆ **Chirurgia Uro-Ginecologica**

Colposacropessi

Single-incision sling - TOT (incontinenza urinaria femminile)

Cistopessi

◆ **Crioablazione tumori del rene**

Crioablazione percutanea (congelamento dei tumori renali)

Crioablazione laparoscopica

◆ **Chirurgia per la Calcolosi urinaria**

Ureterolitotrixxia (calcoli dell'uretere)

Nefrolitotrixxia percutanea (calcolosi renale)

RIRS (retrograde intra-renal surgery)

ECIRS (Endoscopic combined intra-renal surgery)

Pielolitotomia laparoscopica

Ureterolitotomia laparoscopica

Chirurgia Tradizionale

◆ Chirurgia a cielo aperto

◆ Chirurgia Andrologica

Tumori del pene

Tumori del testicolo

Recurvatum del pene

Infertilità maschile (varicocele)

◆ Chirurgia d'Urgenza

Traumi renali

Traumi vescicali

Traumi genitali

Lesioni iatrogene apparato urinario

Priapismo

Scroto acuto

Gangrena di Fournier

- **Principali patologie trattate in regime di day hospital**

Circoncisione

Plastica di allungamento del frenulo (frenuloplastica)

Eversione della tonaca vaginale del testicolo (idrocelectomia)

Biopsia e DTC condilomi acuminati

Biopsia e DTC di piccole neoplasie vescicali

Exeresi caruncola uretrale

Bulkamid

Alcoolizzazione cisti renali

5) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Ambulatorio Urologia

- Medicazioni, cambio catetere, Pronto soccorsi, visite urgenti, consulenze urologiche

•

Ambulatorio divisionale di Urologia

- Visite urologiche generali
- Controlli post-operatori
- Consegna esami istologici
- Prescrizione piani terapeutici

Endoscopia Urologica - Ambulatorio Cistoscopia

- Cistoscopia diagnostica/operatoriva (flessibile/rigido)
- Pielografia ascendente/discendente
- Posizionamento e rimozione di stent ureterali
- Posizionamento/sostituzione nefrostomie percutanee
- Diatermocoagulazione di piccole neoformazioni vescicali
- Mapping vescicali
- Dilatazioni uretrali
- Cateterismo trans uretrale d'urgenza

Ambulatorio di Ecografia

- Biopsie prostatiche randomizzate e Fusion
- ecografie Urologiche

Ambulatorio Urostomie

- Cambio stomie
- Addestramento pazienti per la gestione delle stomie

Ambulatorio di Urodinamica

- Esame urodinamico completo
- Uroflussimetria con misurazione del residuo post-minzionale
- Riabilitazione del piano pelvico
- Stimolazione del nervo tibiale posteriore

Ambulatorio di Uro-ginecologia

- Visite per Incontinenza urinaria femminile di ogni tipo e grado
- Visite per prolassi genitali
- Visite di controllo post operatorie

Ambulatorio Uro-oncologico

- Instillazioni endovesicali (BCG o Mitomicina C)
- Consegna esami istologici definitivi pazienti oncologici

Ambulatorio di Andrologia

- Visite andrologiche generali
- Diagnosi e terapia delle patologie flogistiche delle vie genito-urinarie
- Diagnosi e terapia delle patologie neoplastiche dell'apparato genitale maschile
- Disfunzione erettile
- Infertilità di coppia
- Riabilitazione andrologica post chirurgia pelvica maggiore

Ambulatorio di Sessuologia clinica

- Visita sessuologica individuale e di coppia
- Valutazione delle disfunzioni sessuali: disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo, dolori sessuali
- Terapia integrata psico-sessuale, cognitivo-comportamentale, strategica, mansionale sia individuale che di coppia

Ambulatorio di Litotrissia - Ambulatorio ESWL

- ESWL trattamento con onde d'urto dall'esterno dei calcoli intra- renali più piccoli di 2 cm
- ESWT trattamento con onde d'urto delle placche calcifiche, responsabili degli incurvamenti acquisiti del pene, ovvero *Induratio penis plastica* (IPP) o *malattia di La Peyronie*
- Visita post ESWL

6) INDICAZIONI UTILI

Orari di visita ai degenti

Mattino dalle 06,30 alle 09,00

Pomeriggio dalle 12,00 alle 15,00

Sera dalle 18,00 alle 21,00

Ricevimento Medici e Direttore

Orario Ricevimento Direttore

Il Direttore della Struttura riceve il Martedì e il Giovedì dalle 8.30 alle 9.00

Orario di ricevimento dei medici

Dirigenti Medici: dalle 13,00 alle 14,00 tutti i giorni

Orario di ricevimento del Coordinatore Infermieristico

Il Coordinatore Infermieristico riceve dal lunedì al venerdì dalle 12,00 alle 13,30

Orario di distribuzione del vitto

Colazione ore 8,15

Pranzo ore 12,00

Cena ore 19,00

Bevande (Orzo/Camomilla) ore 20,00

Orario di visita medica

Mattino dalle 9.00 alle 10.00

Pomeriggio dalle 17.00 alle 18.00

Ritiro referto istologico

alla dimissione viene fornito al paziente l'appuntamento per il ritiro del referto esame istologico quando previsto

7) MODULISTICA/PRESCRIZIONI PER L'UTENZA

Documenti necessari per il ricovero

- Tessera sanitaria
- Codice fiscale
- Carta d'identità
- Documentazione clinica in possesso del paziente
- Farmaci assunti a domicilio
- Effetti personali per il periodo di permanenza in Ospedale (effetti personali, il necessario per la propria igiene)

U.R.P. AV2 – Jesi - Ospedale A. Murri Via dei Colli n. 52

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

Martedì e Giovedì dalle ore 15,00 alle ore 17,00.

Tel. e Fax 0731 534836

e-mail: urp.av2@sanita.marche.it

PRENOTAZIONI CUP

Il CUP è il centro unico di accesso a prenotazioni o disdette, per visite ed esami nel territorio regionale, in regime pubblico e libero professionale.

Occorre chiamare il 800 098798 da rete fissa (gratuito) - o il 0721 1779301 da rete mobile (a carico del chiamante) - o recarsi presso gli sportelli delle strutture sanitarie.

Il call center è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18 e il sabato dalle ore 8 alle ore 13.

Per prenotare occorre avere a disposizione la prescrizione sanitaria del medico curante o dello specialista e la Tessera Sanitaria.

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

I pazienti dopo la dimissione, possono richiedere copia della cartella clinica presso lo sportello CUP del Presidio Ospedaliero.

Se la documentazione viene ritirata da una persona diversa dall'intestatario della cartella, è necessario presentare una delega (fornita al momento della richiesta) e una fotocopia del documento di riconoscimento dell'intestatario e del delegato. La richiesta di copia della cartella clinica può avvenire anche tramite fax al n. 0731 534031, in tal caso la richiesta deve contenere le seguenti informazioni:

- Cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza dell'intestatario della cartella clinica;
- Reparto e periodo di ricovero;
- Specificare se la documentazione viene ritirata allo sportello (se al ritiro viene incaricata una persona diversa dall'intestatario munirsi di delega e copia del documento di identità di quest'ultimo) o deve essere spedita (specificare l'indirizzo completo di CAP);
- Indicare un numero di telefono per eventuali comunicazioni;
- Sottoscrivere la richiesta;
- Allegare documento di identità dell'intestatario della cartella clinica o dell'erede legittimo. I tempi di riproduzione della cartella clinica variano a seconda che, al momento della richiesta, la cartella si trovi o meno a disposizione dell'Archivio. Pertanto la cartella clinica verrà riprodotta e consegnata in n. 5 giorni lavorativi se la cartella è richiesta con urgenza ed è presente in archivio; n. 20 giorni se la cartella è presente in archivio; n. 60 giorni se la cartella è ancora in reparto.

Per eventuali chiarimenti contattare il n. 0731 534006

PRIVACY

Il Codice in materia di protezione dei dati personali (D. L.vo 30/06/2003 n. 196) prevede che gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici trattino i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute con il consenso dell'interessato. L'eventuale rifiuto di fornire detti dati personali e/o il mancato consenso al loro trattamento, potrebbe comportare l'impossibilità per l'ASUR di erogare la prestazione sanitaria richiesta e, in generale, di adempiere agli obblighi connessi alla tutela della salute. Quanto sopra fatta salva la possibilità di avvalersi delle previsioni di cui agli artt. 24, 26 e 82 del Codice Privacy, che consentono il trattamento dei dati personali a prescindere dal consenso. I dati raccolti sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni richieste, farmaceutiche e specialistiche. Anche in caso di uso di computer, sono state adottate misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati, nel rispetto del segreto professionale. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge. Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su indicazione del soggetto interessato. L'informativa completa in materia di protezione dei dati personali è pubblicata nel sito www.asurzona5.marche.it alla voce "Carta dei

Servizi" – "Privacy e consenso per i ricoveri".

CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato è l'espressione dell'accettazione volontaria (o del rifiuto) da parte dell'interessato ad un trattamento proposto dal medico e, quindi, è l'unica manifestazione di volontà che autorizza un qualsiasi atto medico. Può essere revocato in qualsiasi momento. Tutti i trattamenti medici sono volontari. Fanno eccezione gli interventi previsti per legge, quando ricorrano gli estremi di necessità e quando il paziente non possa prestare il necessario consenso a causa di sue particolari condizioni soggettive. Per quanto riguarda i minori e gli incapaci di intendere e di volere, il diritto all'informazione ed alla manifestazione del consenso spetta a coloro che esercitano rispettivamente la potestà genitoriale o la tutela. L'informativa completa in materia di consenso informato è pubblicata nel sito www.asurzona5.marche.it alla voce "Carta

dei Servizi" – "Consenso informato".

Carta dei Servizi 2019

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE – AV2 SENIGALLIA – 1° PIANO NOMINATIVI DEI MEDICI E DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Direttore Dr. Francesco Albanese

Dott. FRANCESCO ALBANESE	DIRETTORE
Dr. FRANCESCO ALBANESE Dr. VINCENZO GUARINO Dr.ssa MANUELA GUERRA Dr.ssa MARINA NISI Dr. RODOLFO PIAZZAI Dr.ssa RAFFEALLA RIDOLFO Dr. CLAUDIO RABUINI	DIRIGENTE MEDICO U.O.S. Chirurgia D'urgenza DIRIGENTE MEDICO I.P. Chirurgia laparoscopica della colecisti e della via biliare DIRIGENTE MEDICO I.P. Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery DIRIGENTE MEDICO U.O.S. I.P. chirurgia oncoplastica della mammella DIRIGENTE MEDICO U.O.S. Chirurgia Tiroide e Paratiroide DIRIGENTE MEDICO U.O.S.D. Breast Unit DIRIGENTE MEDICO TEMPO DETERMINATO

**Coordinatore Infermieristico Inf. Ambulatori e Case manager Unità senologica
Multidisciplinare AV2 (USMAV2):**

Sig.ra CINZIA SDRUCCIOLI

Coordinatore Inf. Reparto + Ambulatorio Ferite Difficili:

Sig.ra ANTONELLA ANTONIETTI

INFORMAZIONI e NUMERI UTILI

Per ogni informazione riguardante le attività è possibile telefonare al numero :

NUMERI UTILI:

Coordinatore Infermieristico	07179092610
Day Hospital Chirurgia Breve Prenotazione Ricoveri	07179092611
Ambulatorio di SENOLOGIA	07179092682
Ambulatorio CHIRURGIA TIROIDE E PARATIROIDE	07179092682
Ambulatorio CHIRURGIA VASCOLARE E FERITE DIFFICILI	07179092076
Ambulatorio CHIRURGIA GENERALE	07179092609
Ambulatorio STOMIZZATI (CENTRO STOMATERAPIA)	07179092609

ATTIVITA' SVOLTE DAL REPARTO

Principali patologie trattate in regime di ricovero

Interventi chirurgici programmati e d'urgenza:

Chirurgia addominale (con accessi laparotomici e laparoscopici) per patologie di:

- Stomaco
- Intestino tenue e colon-retto
- Fegato, colecisti e vie biliari

Chirurgia senologica:

- Interventi di exeresi per patologie benigne
- Interventi conservativi e demolitivi per patologie maligne
- Asportazione linfonodo sentinella
- Interventi ricostruttivi dopo demolizione per patologie maligne

Chirurgia endocrina per patologie di:

- Tiroide
- Paratiroidi
- Surrene
- Pancreas

Chirurgia vascolare per:

- Ischemia arti
- Allestimento accessi vascolari per emodialisi
- Trattamento ferite difficili

Chirurgia proctologica per:

- Emorroidi
- Fistole e ascessi perianali
- Ragadi anali
- Disturbi funzionali e organici delle defecazione

Chirurgia di parete per:

- Ernie
- Laparoceli

- **Principali patologie trattate prevalentemente in regime di day hospital**

Chirurgia senologica:

- Interventi di exeresi per patologie benigne

Chirurgia vascolare per:

- Varici arti
- Allestimento accessi vascolari per emodialisi
- Trattamento ferite difficili

Chirurgia proctologica per:

- Emorroidi
- Fistole e ascessi perianali
- Ragadi anali

Chirurgia di parete per:

- Ernie

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Interventi Chirurgici per patologie dei tessuti molli (cute, sottocute, muscoli superficiali)

INDICAZIONI UTILI

Orari di visita ai degenti

Mattino dalle	7,00 alle 8,00
Pomeriggio dalle	12,30 alle 14,30
Sera dalle	18,30 alle 20,30

Permessa presenza di un'assistenza continua ai Pazienti sottoposti a intervento chirurgico

Ricevimento Medici e Direttore

Orario di ricevimento dei medici

Il Medico di guardia medici riceve tutti i giorni durante l'orario di visita (compatibilmente con contemporanee urgenze)

Orario Ricevimento Direttore riceve tutti i giorni durante l'orario di visita (compatibilmente con contemporanee urgenze o attività di sala operatoria)

Orario di ricevimento del Coordinatore Infermieristico

Il Coordinatore Infermieristico riceve il mattino dalle 11,00 alle 14,00

Orario di distribuzione del vitto

Colazione dalle	7,30 alle 8,00
Pranzo dalle	12,00 alle 13,30
Cena dalle	18,00 alle 18,30

Orario di visita medica

Mattino dalle 9,00 alle 11,30

Pomeriggio dalle 16,00 alle 17,00

Altre informazioni che la struttura ritiene utile fornire agli utenti (es. segreteria per le prenotazioni- ritiro referti istologici se effettuati all'interno del reparto).

Per informazioni sulle prenotazioni telefonare alla Coordinatrice dalle 11,00 alla 14,00 i giorni feriali (tel 07179092611)

I referti istologici vengono consegnati a i Pazienti una volta pervenuti, previa contatto telefonico)

MODULISTICA/PRESCRIZIONI PER L'UTENZA

Allegati i file :

- 1) MODULO PREPARAZIONE/INFORMATIVA GENERALE PER L'UTENZA
- 2) PERCORSI DIAGNOSTICO/TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (Informative per patologia)

Gli interventi chirurgici in regime di Day Surgery sono prestazioni che vengono eseguite nella giornata del ricovero, dalle 8.00 alle 18.00; il paziente viene dimesso nella giornata stessa o al massimo entro le 24 ore.

Gli interventi eseguiti con questa metodica avvengono in anestesia locale, regionale o generale con pari sicurezza ed efficacia rispetto alla chirurgia tradizionale. E' indispensabile, ai fini di una corretta riuscita dell'intervento, seguire attentamente le indicazioni date di seguito.

Preparazione all'intervento

Il giorno precedente

Accurata igiene

Cena leggera

Digiuno dalle ore 24.00

Depilazione della zona di intervento

Eventuali lassativi con modalità consigliate dal personale durante il pre-ricovero

Il giorno dell'intervento

Se si hanno terapie mediche in corso (in particolare farmaci per la pressione) assumerle alle ore 6.00 con pochissima acqua

Portare con sé i farmaci delle terapie già in corso

Ricordare di portare tutta la documentazione medica in possesso

Non utilizzare lenti a contatto

Indossare abiti comodi

Non usare smalto e trucco

Eventuali ponti o protesi dentarie dovranno essere rimossi prima di entrare in sala operatoria

Non indossare oggetti di valore

Togliere tutti gli oggetti di metallo (fedele nuziale, anelli ecc.)

Dove andare

Presentarsi in reparto Degenza Breve, 1° piano del vecchio padiglione, all'orario concordato con la caposala

Sono necessari all'atto dell'accettazione:

-documento di riconoscimento

-Tessera sanitaria con codice fiscale

-

La dimissione

La dimissione viene effettuato entro le ore 18.00, in alcuni casi il mattino successivo entro le ore 10.00, e deve essere presente un accompagnatore per il rientro a domicilio

A casa

Sarà il medico di reparto a consigliare quali attenzioni e precauzioni adottare, nonché l'eventuale necessità di terapia; inoltre provvederà a comunicare i giorni e gli orari dei controlli post-operatori. Ogni indicazione sarà comunque precisata nella lettera di dimissione.

Verrà comunicato per iscritto, nella lettera di dimissione, il numero di telefono al



Telefoni utili

Informazioni e prenotazioni

Chirurgia breve reparto 07179092613
Caposala 07179092611
lun. — ven. 11 — 14

Richieste referti e cartelle cliniche

Ufficio cartelle cliniche 07179092459
lun. — ven. 8.15 — 18.45
sab. 8.15 — 13.15

Segnalazioni

URP- Ufficio Relazioni con il Pubblico 07179092675
lun. — ven. 9 — 13

NOTE

A cura del personale del reparto

INFORMATIVA INTERVENTI PER SINDROME DI LERICHE E ANEURISMA AORTA ADDOMINALE

L'ARTERIOPATIA OBLITERANTE PERIFERICA può determinare restringimenti fino a occlusione delle arterie con ridotto flusso di sangue nei territori a valle che può portare fino alla gangrena; al contrario, **L'ANEURISMA AORTO-ILIACO** è una dilatazione di queste importanti arterie e può andare incontro a rottura con grave pericolo per la vita.

NELL'ARTERIOPATIA OBLITERANTE PERIFERICA, in base a valutazione clinica e, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate che determinano l'evoluzione e lo stato di gravità della malattia, può essere necessario intervento chirurgico di **BYPASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE** (ovvero nell'inserimento di una protesi tubulare in grado di far giungere il sangue a valle dell'ostruzione) oppure di **TEA AORTO-ILIACA**, (pulizia dell'arteria con asportazione della placca aterosclerotica) **BYPASS MONOLATERALE**, **BYPASS EXTRA-ANATOMICO** (impiego di una protesi tubulare passante in una sede diversa ma comunque con l'intento di portare sangue a valle dell'ostruzione).

Nell'ANEURISMA AORTO-ILIACO in base a valutazione clinica e, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate che determinano l'evoluzione e lo stato di gravità della malattia, può essere necessario intervento chirurgico di **INNESTO AORTOAORTICO, AORTO -ILIACO O AORTO-BI FEMORALE** (ovvero l'esclusione dell'aneurisma e il posizionamento di una protesi che porti sangue a valle dell'aneurisma escluso); la tecnologia ci permette oggi anche inserimenti di protesi per via interventistica, ma solo in casi selezionati.

Questi interventi vengono eseguiti in **anestesia generale**; sono possibili complicanze di carattere generale connesse ad interventi maggiori (con coinvolgimento di apparato respiratorio, cardiocircolatorio, funzionalità renale ed epatica, apparato gastrointestinale), e specifiche legate più direttamente all'intervento quali:

- emorragie ed ematomi intra-operatori e/o postoperatori, nonché lesioni dei grossi vasi addominali, che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento
- edema di uno o di entrambi gli arti inferiori, in relazione al meccanismo stesso di rivascularizzazione, a possibile trombosi venosa profonda, stasi linfatica da interruzione delle vie di deflusso a quel livello. L'edema comporta l'ingrossamento dell'arto e regrediscono quasi sempre con la sola contenzione elastica
- linforragie (perdita di linfa) dalle incisioni inguinali o formazione di raccolte saccate (linfoceli), che abitualmente richiedono solo puntura evacuativa, raramente la legatura dei linfatici.
- trombosi venosa profonda, ed eventuali embolie polmonari, in relazione alle manovre di isolamento arterioso, o per stasi da allettamento
- insufficienza renale, per lo più transitoria, raramente definitiva, in relazione al clampaggio dell'aorta sopra il livello delle arterie renali, a manovre di rivascularizzazioni renali, a ipotensioni, a farmaci. Ciò può richiedere il ricorso anche all'emodialisi, in genere transitoria
- lesioni della milza (necessità di splenectomia) e del pancreas (pancreatiti acute postoperatorie), in rapporto all'accesso chirurgico, soprattutto se per via extra-peritoneale

- impotenza sessuale totale o parziale, a volte irreversibile, in relazione alla stretta vicinanza di rami nervosi (preposti alle funzioni sessuali) con le sedi di isolamento arterioso
- ischemia acuta degli arti inferiori, in relazione ad eventuale trombosi precoce della protesi impiantata o di fenomeni embolici da distacco di materiale trombotico od aterosclerotico, nelle manovre di isolamento vascolare o di clampaggio arterioso. Ciò può comportare la necessità di reinterventi chirurgici disostruttivi e raramente anche l'amputazione.
- ischemia intestinale, per lo più conseguente ad episodi di bassa portata e occlusione di rami viscerali interessati (arterie mesenteriche e/o coliche). Ciò può richiedere la resezione di tratti intestinali più o meno estesi
- lesioni dell'uretere, immediate (assai rare), in rapporto alle manovre di isolamento dei vasi, cui l'uretere aderisce strettamente a livello iliaco, o a distanza, per la possibile cicatrizzazione postoperatoria che può "inglobare" la struttura, favorendo una tardiva idronefrosi
- lesioni midollari, straordinariamente rare, per manovre di clampaggio sottorenale, con conseguente paresi o paralisi, talvolta definitiva, a livello di funzione motoria degli arti inferiori, delle funzioni ano-vescicali e della funzione sessuale
- l'insorgenza di laparoceli, in corrispondenza dell'incisione chirurgica addominale, che può rendere necessario a distanza il reintervento di plastica (anche con protesi) della parete addominale
- l'insorgenza di infezioni protesiche, precoci o tardive, che possono portare a setticemia, emorragia, trombosi, e richiedono spesso la sostituzione della protesi con complessi interventi .
- rottura o altre complicanze connesse a difetti o usura del materiale protesico
- occlusione tardiva di una o entrambe le branche protesiche, dovute a fenomeni di iperplasia miointimale, coagulabilità del sangue, disidratazione, aggravamento della circolazione periferica, e altre cause
- infezione delle ferite chirurgiche.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza non molto elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esenti da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA APPENDICITE ACUTA

L' APPENDICITE ACUTA è una patologia infiammatoria spesso complicata da sovrainfezione, che però potrebbe andare incontro ad una evoluzione severa come l'ascesso, la gangrena fino alla perforazione appendicolare con peritonite saccata (in caso di ascesso) o diffusa e setticemia grave, anche con possibile esito fatale. Tale affezione presenta caratteri clinici non sempre tipici, né esistono indagini che possano chiarire con sicurezza i dubbi diagnostici, cosicché nel 10-15 % dei casi, al momento dell'atto operatorio, l'appendice può presentarsi del tutto normale: tuttavia permane estesa l'indicazione chirurgica al fine di evitare i gravi rischi della peritonite. In una piccola percentuale di casi la sintomatologia dell'appendicite può essere la stessa di una possibile patologia maligna a carico dell'appendice stessa, del colon, del piccolo intestino e dell'ovaio. L'intervento chirurgico indicato è l' **APPENDICECTOMIA**, che può essere eseguito per via Laparoscopica o Laparotomica (con indicazioni sulla via d'accesso legate a valutazione clinica generale del paziente e alla situazione locale) e consiste nell'asportazione dell'appendice malata ed in caso di infiammazione avanzata od ascesso, nella pulizia con lavaggi e nel posizionamento di un drenaggio, per consentire la fuoriuscita dei eventuale materiale infetto.

In rari casi potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come il colon ascendente, l'ovaio od il piccolo intestino) in caso di loro interessamento da parte della malattia o convertendo l'intervento iniziato per via laparoscopica in un intervento tradizionale (laparotomico). A tale conversione si ricorre quando si incontrino condizioni tali da non consentire la prosecuzione dell' intervento con un sufficiente margine di sicurezza.

Pur se in percentuale bassa, si possono presentare complicanze immediate e/o tardive, quali:

- emorragie e/o ematomi, che possono richiedere anche un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni.
- infezioni della ferita precoci e/o tardive che si presentano generalmente in forma lieve; esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici .
- perforazione intestinale, che si presenta con dolore addominale importante e febbre che può richiedere un reintervento.
- laparoceli: sono ernie addominali tardive che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete. Ciò si verifica specialmente in caso di ascesso appendicolare con infezione della ferita.

In caso di accesso laparoscopico sono stato/a informata della possibilità che possano verificarsi complicanze legate a questo particolare tipo di procedura quali:

- lesioni di grossi vasi, al momento della introduzione delle sonde;
- diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace (enfisema sottocutaneo o mediastinico);
- embolia polmonare gassosa, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o ipercapnia, che consiste nell' eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue.

L'intervento viene eseguito in anestesia generale e che in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza molto bassa, peraltro tutti gli interventi chirurgici e/o invasivi, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI ARTERIOGRAFIA E ANGIOPLASTICA PER ARTERIOPATIA OBLITERANTE PERIFERICA

Per la **MALATTIA OSTRUTTIVA ARTERIOSA** con sintomi clinici può essere indicata la correzione endoluminale a livello di vari distretti vascolari, in particolare **AORTA , ARTERIE ILIACHE, FEMORALI , POPLITEE , TIBIALI, BYPASS IMPIANTATATO; ARTERIE VISCERALI RENALI , MESENTERICA SUPERIORE, TRIPODE CELIACO, TRONCHI SOVRAORTICI: ANONIMA , SUCCLOVIA, CAROTIDI.**

L'intervento previsto consiste preliminarmente in un'**ARTERIOGRAFIA** (cioè visualizzazione delle arterie mediante iniezione diretta di mezzo di contrasto radiopaco e valutazione con scopia e lastre) e se necessario in una **ANGIOPLASTICA PERCUTANEA**, (ovvero nella dilatazione con palloncino del restringimento del vaso sanguigno, mediante visualizzazione dell'arteria con esame radiologico angiografico) **con o senza posizionamento di STENT** (un dispositivo che mantiene la dilatazione); a volte potrebbe essere necessario o conveniente, durante la procedura, modificare la tattica (ad esempio lasciare nell'arteria piccoli cateteri per eseguire **trattamento trombolitico**, con farmaci che sciolgono i trombi), fino ad astenersi, in rapporto a nuove valutazioni radiologiche.

Questa metodica, seppure sicura e già applicata da anni, viene eseguita in **anestesia locale** oppure **senza anestesia**, può comportare, oltre alle complicanze generiche connesse ad interventi invasivi ed all'uso di mezzo di contrasto, complicanze quali:

- In sede di puntura: emorragia, ematoma, pseudoaneurisma acuto e cronico, trombosi arteriosa e venosa, embolie, fistole artero-venose, infezioni, lesioni dei nervi vicini.
- In sede di dilatazione o di percorso della sonda: ostruzione acuta per trombosi, flap intinale, dissezione parietale, ematoma intramurale, perforazione, emorragie ed ematomi intra-operatori e/o postoperatori, vasospasmo.
- Nel territorio di irrorazione: ischemia acuta degli arti inferiori o superiori, dei visceri addominali quali intestino e reni, del cervello in relazione ad eventuale trombosi precoce nella sede della dilatazione, della puntura o in altra sede, oppure di fenomeni embolici da distacco di materiale trombotico od aterosclerotico o rottura del catetere.

Tutte queste complicazioni, in realtà poco frequenti, talvolta tra loro associate, possono comportare la necessità di un nuovo intervento endoluminale o chirurgico a scopo emostatico, disostruttivo, ricostruttivo, ovvero la necessità di emotrasfusioni, anticoagulanti, fibrinolisi e antibioticotterapia. A volte, seppure molto raramente, la complicanza può condurre anche all'amputazione dell'arto o all'asportazione totale o parziale di visceri (intestino, reni). In caso di trombo-embolia cerebrale, il risultato può essere una paralisi più o meno grave per estensione e durata nel tempo e in pazienti molto compromessi e/o con gravi insufficienze di organi vitali e/o intolleranza al mezzo di contrasto, vi può essere addirittura pericolo per la vita.

I risultati quasi sempre migliorano l'apporto di sangue del distretto interessato, ma a volte si può determinare :

- incompleto o scarso risultato della dilatazione, per eccessiva rigidità parietale o ritorno elastico della parete o flap o ematoma intramurale.

- edema di uno o di entrambi gli arti inferiori, in relazione al meccanismo stesso di rivascolarizzazione e a possibile trombosi venosa profonda da erronea puntura, ematoma o compressione, fistola artero-venosa. L'edema comporta l'ingrossamento dell'arto e regredisce quasi sempre con la sola contenzione elastica.
- nell'uomo impotenza erettile per occlusione di una o entrambe le arterie ipogastriche.
- occlusione tardiva della sede trattata, dovuta a fenomeni di iperplasia miointimale, coagulabilità del sangue, disidratazione, aggravamento della circolazione periferica, e altre cause.
- complicanze legate al mezzo di contrasto: insufficienza renale, per lo più transitoria e raramente definitiva, aritmie cardiache, crisi ipotensive o ipertensive, reazioni neurologiche, reazioni allergiche.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza molto bassa, peraltro tutti gli interventi chirurgici e/o invasivi, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER ARTERIOPATIA OBLITERANTE PERIFERICA

L'ISCHEMIA CRONICA DEGLI ARTI INFERIORI (RARAMENTE DI QUELLI SUPERIORI) DA STENOSI-OSTRUZIONI ILIACHE E/O FEMORALI E/O POPLITEE E/O TIBIALI, (RARAMENTE OMERALI, RADIALI, ULNARI) è una malattia cronica delle arterie che possono determinare restringimenti fino a occlusione delle arterie stesse con ridotto flusso di sangue nei territori a valle, con gravità variabile fino alla gangrena; **L'ANEURISMA FEMORALE O POPLITEO, LO PSEUDOANEURISMA FEMORALE** sono malattie croniche delle arterie che possono determinare formazione di trombi fino ad occlusione delle arterie stesse, ma anche loro rottura con sanguinamento.

In queste malattie sono proponibili vari interventi, tra cui le **TROMBOENDOARTERIECTOMIE (TEA)** che consistono nella pulizia dell'arteria con asportazione della placca aterosclerotica, i **BY-PASS**, che consistono nell'impiego di una protesi tubulare (o di una vena dello stesso Paziente) con l'intento di portare sangue a valle dell'ostruzione o della dilatazione dell'arteria (dopo aver escluso la dilatazione stessa)

In casi più gravi, se la vitalità dell'arto è fortemente compromessa può essere necessaria **L'AMPUTAZIONE PRIMARIA dell'ARTO**, a vari livelli a seconda della sede dell'ischemia.

Il trattamento più idoneo per questa malattia è spesso frutto dell'esplorazione intraoperatoria che potrebbe rendere necessario modificare la tattica chirurgica programmata.

L'intervento potrà essere eseguito in **anestesia generale o loco-regionale (a seconda della sede dell'Ostruzione)** e che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

Questi interventi possono comportare, oltre alle complicanze generiche connesse ad interventi maggiori (con interessamento di cuore, polmoni, reni, fegato, intestino, ecc), complicanze quali:

- insorgenza postoperatoria d'ischemia acuta di uno o entrambi gli arti inferiori, in relazione ad eventuale trombosi precoce della protesi impiantata o dei vasi a monte o a valle, di fenomeni embolici da distacco di materiale trombotico od aterosclerotico. Ciò comporta spesso la necessità di reinterventi chirurgici disostruttivi e può portare anche all'amputazione.
- emorragie ed ematomi, a livello delle incisioni praticate (addominale, inguinale, di coscia, gamba e piede) per portare il by-pass a quel determinato livello; possono richiedere reinterventi evacuativi e di emostasi ed associate emostrasfusioni.
- lesioni accidentali dei vasi venosi per vicinanza anatomica
- lesione temporanea o definitiva dei nervi dell'arto, sia sensitivi che motori, che possono comportare parestesie, anestesia e paralisi, temporanee o definitive.
- l'insorgenza di trombosi venosa profonda, di uno o entrambi gli arti, ed eventuali embolie polmonari, in relazione alle necessità anatomiche di isolamento arterioso, settore strettamente contiguo alle vene profonde dell'arto inferiore, a prolungato allettamento oppure per coesistenza di fattori predisponenti la trombofilia.

- edema di uno o di entrambi gli arti inferiori, in relazione al meccanismo stesso di rivascularizzazione, a trombosi venosa profonda, a prelievo o interruzione della vena safena, a stasi linfatica da interruzione chirurgica inevitabile delle vie linfatiche. Abitualmente necessitano solo di contenzione elastica per un periodo limitato.
- l'insorgenza di infezioni protesiche, precoci o tardive, che possono portare a setticemia, emorragia, trombosi, e richiedono spesso la sostituzione della protesi con complessi interventi ricostruttivi e possono portare anche ad amputazione.
- rottura o altre complicanze connesse a difetti o usura del materiale protesico. Occlusione tardiva della ricostruzione, dovuta a fenomeni di iperplasia miointimale, coagulabilità del sangue, disidratazione, aggravamento della circolazione periferica, e altre cause.
- linforragie, più o meno abbondanti e durevoli, dalle incisioni inguinali, o formazione di raccolte saccate postoperatorie (linfoceli), che abitualmente richiedono solo puntura evacuativa, raramente il reintervento per legatura delle vie linfatiche aperte.
- Rischio di infezione delle ferite chirurgiche, più frequente a carico dell'inguine, per un eccesso di sudorazione e di attrito. - -
- Insorgenza di laparocoele, se vi è una incisione addominale, che può rendere necessario a distanza il reintervento di plastica (anche con protesi) della parete addominale;
- Complicanze di ferita, specifiche di un arto in ischemia cronica, quali deiscenze di ferita o necrosi della stessa, per lo più limitate ai margini o a tratti degli stessi; possono richiedere un prolungamento della degenza per necessità di medicazioni frequenti e limitate asportazioni di tessuto devitalizzato. Risultato estetico finale scadente dovuto a incisioni multiple, ad ischemia o ad alterati meccanismi di cicatrizzazione, soprattutto in presenza di dermatiti.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza non molto elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER ASCCESSO O FISTOLA PERIANALE

L'**ASCESSO** e la **FISTOLA PERIANALE** sono infiammazioni acute o croniche con localizzazione in prossimità dell'ano e che si presentano solitamente a seguito di infezioni di piccole ghiandole della regione anale, più raramente per malattie infiammatorie o proliferative.

In particolare la fistola è un piccolo tunnel che mette in comunicazione la sede d'origine dell'infezione a livello anale con la cute in sede perianale, a volte con più tramiti; l'ascesso perianale è una cavità ripiena di pus che si può estendere ai tessuti vicini all'ano, ma anche risalire in spazi più profondi (ascessi delle fosse ischio o pelvi rettale).

La cura degli ascessi e delle fistole anali è esclusivamente chirurgica ed essa prevede, a seconda della complessità del caso, uno o più interventi con tempi lunghi di guarigione e necessità di numerose visite e medicazioni.

Nella maggior parte dei casi la prima manifestazione clinica è l'ascesso e il necessario intervento consisterà nell'**INCISIONE DELL'ASCESSO** (in anestesia locale, periferica o, a volte generale) e nel suo drenaggio in urgenza, per permettere la fuoriuscita del pus. Il trattamento della fistola, solitamente successivo, è più complesso ed esso varia a seconda dell'anatomia dei tramiti fistolosi e spesso una corretta programmazione del tipo di intervento è possibile solo intraoperatoriamente, quando, grazie al rilasciamento prodotto dall'anestesia, possono essere più agevolmente studiati i rapporti anatomici con i muscoli dell'apparato sfinterico. Il trattamento comunque è in funzione della sede e della quantità di sfintere coinvolto. L'intervento può consistere, nei casi più semplici, nella **FISTULOTOMIA** (ovvero nella sezione della fistola) e nelle fistole profonde, **nell'ASPORTAZIONE DELLA FISTOLA** e nel **POSIZIONAMENTO DI UN SETONE** (ovvero di un grosso filo o di un elastico) con lo scopo di drenare l'infezione e di permettere la sezione progressiva della parete muscolare interessata. Questo grosso filo o l'elastico posizionati, verranno poi messi progressivamente in tensione, ambulatorialmente (per evitare che si L'intervento necessario per la cura della fistola viene solitamente eseguito in **anestesia loco-regionale** (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi, ma che in alternativa ed in situazioni particolari, può essere impiegata l'**anestesia generale**.

Questi interventi possono essere gravati da complicanze immediate o tardive.

Le più frequenti tra le immediate sono:

- sanguinamento, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;
- difficoltà a trattenere gas o feci liquide, che nella gran parte dei casi regredisce entro 3-4 settimane;
- ritenzione urinaria, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- suppurazione delle ferite chirurgiche;

Le complicanze tardive possibili sono:

- incontinenza ai gas o più raramente alle feci, soprattutto in soggetti anziani con preesistente presenza di alterazione della continenza.
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

Senigallia 2018

NOTE INFORMATIVE SUL POSIZIONAMENTO DEL CATETERE PERITONEALE PER DIALISI

Gentile Signore/a.

Come Lei sa la Sua insufficienza renale si è aggravata e presto sarà necessario iniziare la dialisi peritoneale che abbiamo scelto insieme, in quanto sembra essere la più adatta a Lei.

Per poter effettuare questo trattamento, necessario a depurare il Suo sangue, visto che i suoi reni non riescono più a farlo con efficacia, è necessario posizionare un catetere di silicone (una specie di gomma morbida) per un tratto all'interno della sua pancia, per un altro tratto all'esterno, che servirà per far entrare e uscire un liquido per depurare.

Per mettere il catetere è necessario un intervento chirurgico che verrà effettuato, in genere, da un medico chirurgo e da un medico nefrologo, in una sala operatoria sterile. L'anestesia potrà essere locale, spinale o generale (a seconda del tipo di intervento che decideremo di effettuare) e verrà da noi concordata, dopo aver avuto il Suo consenso, con il medico anestesista.

Il catetere viene in genere posizionato attraverso una piccola incisione chirurgica (2-3 cm) che, dalla pelle, ci consente di arrivare all'interno della sua pancia in una cavità denominata "peritoneale". Questa cavità è rivestita da una membrana che, è molto adatta alla depurazione.

Talvolta è necessario usare, sempre attraverso un'incisione chirurgica di 2-3 cm della parete della pancia (raramente possono servire 2-3 incisioni), una speciale telecamera molto sottile (videolaparoscopia), del diametro massimo di un centimetro, che ci consente di vedere all'interno se ci sono impedimenti (soprattutto aderenze) dovuti ad operazioni che Lei ha subito in passato. La telecamera ed altri strumenti chirurgici, consentono in genere di portare a termine l'intervento.

Qualsiasi intervento chirurgico, anche molto semplice, può avere delle complicazioni anche gravi dovute o all'anestesia o all'atto operatorio stesso. Fortunatamente le complicazioni dei nostri interventi sono veramente molto rare ma, siccome è possibile che si verifichino, le segnaliamo le principali che sono: insorgenza di allergie (anche gravi: shock anafilattico) alle sostanze usate per l'anestesia, alterazioni del normale battito del cuore (aritmie) anche potenzialmente fatali, sanguinamenti all'interno della pancia (che possono richiedere trasfusioni di sangue), ematomi della parete, dolore dopo l'intervento, perforazione di intestino o vescica, infezioni interne. Ribadiamo che tali complicanze non sono frequenti ma se dovessero presentarsi potrebbe essere necessario, per alcune di esse, un ulteriore intervento operatorio. L'intervento di posizionamento necessita, normalmente, di un ricovero di 2-3 giorni mentre in casi meno frequenti (se il nefrologo lo ritiene possibile) può essere effettuato anche in regime di una sola giornata di ricovero (day surgery).

Siamo a Sua disposizione per ulteriori chiarimenti sia prima che dopo l'intervento.

In data....., io sottoscritto Dott.....dichiaro di aver fornito al paziente copia di questa nota informativa, di aver dato anche esaurienti spiegazioni verbali ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

Firma del medico.....

Confermo quanto sopra e mi riservo di dare il mio consenso dopo adeguata riflessione.

Firma del paziente.....

NOTA INFORMATIVA INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME AMBULATORIALE

L'intervento di _____ verrà eseguito in **REGIME AMBULATORIALE** in anestesia locale.

Dopo controllo clinico, qualora non vi siano complicazioni locali (sanguinamento forte dolore) o problematiche di ordine generale (in particolare cardio-respiratorie) è consentito lasciare l'ospedale nella stessa giornata.

Per questa ragione è necessario che il Paziente risieda nell'area urbana nella quale è ubicato l'Ospedale per poter eventualmente raggiungere l'Ospedale in breve tempo, in caso di necessità; dovranno inoltre esserci le condizioni per un adeguato sostegni di natura ambientale ed anche familiare.

Il Paziente dovrà osservare, nella giornata dell'intervento, riposo, evitando traumi, stress e raffreddamenti; in caso si presentasse importante sanguinamento o forte dolore che non risponde al trattamento analgesico, malessere, con difficoltà respiratoria, palpitazioni, senso di svenimento, dovrà contattare rapidamente i sanitari (che avranno lasciato recapiti telefonici) o recarsi in ospedale per controllo.

Le possibili complicanze legate a questi interventi sono:

- infezioni cutanee, sieromi, ematomi che, tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- dolore locale generalmente temporaneo
- parestesie persistenti, di lieve entità, nella sede della cicatrice chirurgica

Dinanzi alla comparsa di problematiche i Medici potrebbero giudicare necessario modificare la procedura concordata e il regime assistenziale (con eventuale ricovero).

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOFORMAZIONI CISTICHE DEL COLLO.

Le cisti o le fistole del collo sono d'origine malformativa, sono dovute alla persistenza di un residuo embrionale del dotto tireoglossico. La cisti consiste in una tumefazione piena di liquido e la fistola in un orifizio cutaneo prolungato per un tratto più o meno lungo nel collo, entrambe visibili nella regione anteriore del collo. La cisti può rimanere silente e non evidenziabile anche per anni. Quando aumenta di volume si rivela come una tumefazione palpabile al centro della regione anteriore del collo, che può andare incontro ad aumenti o a riduzioni di grandezza, senza mai scomparire completamente. Le fistole sono già presenti alla nascita ma possono passare pressoché inosservate per le loro piccole dimensioni ed anche queste non scompaiono mai spontaneamente. Il rischio evolutivo principale è la loro superinfezione, che può dare luogo alla formazione di un ascesso con la successiva apertura o fistolizzazione con scolo mucopurulento a livello della cute 2 della regione anteriore del collo. Inoltre queste infezioni hanno la tendenza a recidivare. La trasformazione maligna della cisti mediana del collo, invece, pur essendo possibile, è un evento estremamente raro e molto tardivo, è comunque obbligatorio l'esame istologico del materiale asportato. Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la cisti o l'orifizio della fistola, nonché il loro tramite fistoloso che può giungere in basso fino alla tiroide ed in alto, attraverso l'osso ioide fino alla base della lingua. Talvolta si può attendere, sotto attenta sorveglianza, per qualche tempo prima di procedere all'intervento, che comunque è preferibile che venga effettuato prima di una superinfezione importante. Realizzazione dell'intervento L'intervento si svolge di norma in anestesia generale. E' pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione. L'intervento inizia con un'incisione orizzontale o verticale a livello della cisti, praticata possibilmente lungo una plica cutanea per renderla meno visibile. La cisti viene asportata integralmente insieme al suo dotto che va seguito fino al corpo centrale di un osso mediano del collo chiamato ioide in quelle mediane, che va asportato in blocco con la cisti ed il suo dotto, per ridurre il rischio di recidiva. Nelle cisti laterali bisogna seguire tutto il decorso s volte fino in regione faringea. In caso di asportazione di una fistola è preferibile iniettare in questa del blu di metilene per meglio evidenziare il suo tramite fino al corpo centrale dell'osso ioide che deve essere asportato insieme al tramite della fistola. Al termine dell'intervento viene posizionato in situ un drenaggio per evitare il formarsi di un ematoma (raccolta di sangue nella cavità operatoria), che fissato alla pelle sarà rimosso dopo tre-quattro giorni. La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo. Come tutti gli atti medici (esami , endoscopie, interventi sul corpo umano) che, pur se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di exeresi (l'asportazione) chirurgica della cisti/fistola mediana del collo può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti. Rischi di Complicanze I rischi di complicanze sono:

- Dolore per qualche giorno alla masticazione, alla deglutizione ed ai movimenti del collo, in genere ben controllato con i comuni antinfiammatori-antalgici;

- Emorragie post-operatorie, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico; talvolta l'emorragia può causare un ematoma compressivo del collo con difficoltà respiratoria che richiede un reintervento; l'emorragia massiva è rarissima;
- Infezione della sede dell'intervento (che nel caso della regione del collo può generare ascesso o infezione estesa alle fasce del collo), nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica;
- Cicatrizzazione esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate;
- Un'atrofia della cute può determinare a livello della zona operata una modificazione dei rilievi del collo;
- Recidiva, ossia formazione di una nuova cisti, sempre possibile anche se l'intervento è stato correttamente eseguito; si manifesta con la ricomparsa della tumefazione o dell'orifizio fistoloso da cui può fuoriuscire un eventuale scolo mucopurulento;
- Allargamento dell'intervento nella regione del collo con lo svuotamento latero-cervicale, se l'esame istologico evidenzia una trasformazione maligna;
- Diminuzione della mobilità della lingua, evento eccezionale che può verificarsi in caso di cisti molto grandi e molto aderenti per numerose superinfezioni;
- Complicanze anestesologiche : legate ai rischi dell' anestesia generale , con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Non dimentichi di informarci sui farmaci di cui fa uso, su eventuali allergie e di portarci in visione, la sua documentazione clinica. Speriamo, con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune. L'informazione è il vero e proprio inizio dell'atto medico e parte integrante della nostra professione per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirle.

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

NOTA INFORMATIVA INTERVENTI CHIRURGICI DI CISTI PILONIDALE

La **CISTI PILONIDALE** è una neoformazione (a volte congenita e che può contenere peli, denti...), che si forma in sede pre-sacrale e con una certa frequenza è complicata da infezione e fistolizzazione

L'Intervento di **EXERESI DI CISTI PILONIDALE** viene praticata solitamente in anestesia locale, anche se in condizioni particolari potrà essere preferita l'anestesia periferica o generale.

Dopo controllo clinico, qualora non vi siano complicazioni locali (sanguinamento forte dolore) o problematiche di ordine generale (in particolare cardio-respiratorie) è consentito lasciare l'ospedale nella stessa giornata.

Per questa ragione è necessario che il Paziente risieda nell'area urbana nella quale è ubicato l'Ospedale per poter eventualmente raggiungere l'Ospedale in breve tempo, in caso di necessità; dovranno inoltre esserci le condizioni per un adeguato sostegni di natura ambientale ed anche familiare.

Il Paziente dovrà osservare, nella giornata dell'intervento, riposo, evitando traumi, stress e raffreddamenti; in caso si presentasse importante sanguinamento o forte dolore che non risponde al trattamento analgesico, malessere, con difficoltà respiratoria, palpitazioni, senso di svenimento, dovrà contattare rapidamente i sanitari (che avranno lasciato recapiti telefonici) o recarsi in ospedale per controllo.

In caso di trattamento con anticoagulanti orali, sarà necessario sospenderli alcuni giorni prima dell'intervento e sostituirli con eparina a basso peso molecolare.

Le possibili complicità legate a questi interventi sono:

- Infezione locale, complicità abbastanza frequente per la sede e la frequente fistolizzazione di queste cisti su cui spesso si è già instaurato un processo infettivo; in caso di infezione la ferita guarirà con medicazioni per seconda intenzione in tempi anche di alcune settimane
- sieromi, ematomi che, tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- dolore locale generalmente temporaneo, con difficoltà nei primi tempi ad assumere la posizione seduta
- parestesie persistenti, di lieve entità, nella sede della cicatrice chirurgica

Dinanzi alla comparsa di problematiche i Medici potrebbero giudicare necessario modificare la procedura concordata e il regime assistenziale (con eventuale prolungamento del ricovero).

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa



INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI RESEZIONE PROLASSO RETTALE SECONDO DELORME

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe o alternative chirurgiche. E' importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa abitualmente uso; è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesi. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.). Finalità dell'intervento Resecare il prollasso rettale e ristabilire la continuità intestinale. Realizzazione dell'intervento Verrà eseguita una resezione per via trans- anale del prollasso rettale mucoso presente, si eseguirà una plissettatura della tonaca muscolare del viscere ove necessario e successivamente, dopo la resezione della mucosa in eccesso, si ristabilirà la continuità intestinale con anastomosi manuale.. Possibili Complicanze EMORRAGIE anche gravi possono verificarsi nel post-operatorio immediato, ma anche a distanza. In alcuni casi si rende necessaria una revisione dell'emostasi in sala operatoria e in casi eccezionali si è reso necessario eseguire delle trasfusioni di sangue. Per i motivi citati, nel caso in cui la complicanza si verificasse dopo la dimissione, dovrò contattare membro dell'equipe chirurgica o recarmi in pronto EMORRAGIE anche gravi possono verificarsi nel post-operatorio immediato, ma anche a distanza. In alcuni casi si rende necessaria una revisione dell'emostasi in sala operatoria e in casi eccezionali si è reso necessario eseguire delle trasfusioni di sangue. Per i motivi citati, nel caso in cui la complicanza si verificasse dopo la dimissione, dovrò contattare membro dell'equipe chirurgica o recarmi in pronto soccorso. Sono anche a conoscenza del fatto che piccole perdite ematiche potranno verificarsi anche a distanza dell'atto chirurgico, ma sono da considerarsi nella norma. INFEZIONI: il trattamento dipenderà dall'entità delle stesse. La terapia antibiotica potrebbe essere sufficiente, ma in caso di raccolte purulente potrebbero essere necessarie manovre chirurgiche anche complesse e molto invasive come quelle già descritte sopra. Infezioni letali sono estremamente rare, ma riportate in letteratura. EMATOMI ED ECCHIMOSI dei tessuti superficiali (quindi evidenti) o ematomi profondi che potranno rivelarsi con sintomatologia dolorosa, febbre, astenia. Nel caso di situazioni di modesta entità (ecchimosi) non sarà necessaria alcuna terapia, altrimenti sarà il chirurgo a decidere per eventuali drenaggi delle raccolte ematiche. In caso di vasti ematomi, questi trattamenti potranno essere di modesta entità ma anche comportare interventi chirurgici molto demolitivi e/o mutilanti quali il confezionamento di una stomia temporanea (deviazione del transito intestinale con abboccamento dell'intestino alla parete addominale e conseguente fuoriuscita delle feci che si raccoglieranno in un sacchetto applicato alla parete dell'addome. La deviazione è solitamente temporanea). DEISCENZA ANASTOMOTICA: in caso di mancata tenuta dell'anastomosi intestinale potrà essere necessario intervenire nuovamente con la possibile necessità di confezionare una stomia temporanea (deviazione del transito intestinale con abboccamento dell'intestino alla parete addominale e conseguente fuoriuscita delle feci che si raccoglieranno in un sacchetto applicato alla parete dell'addome. La deviazione è solitamente temporanea). DOLORE PERSISTENTE. In casi molto rari il dolore post-operatorio può permanere a lungo senza che vi siano evidenti alterazioni anatomico-patologiche. RITENZIONE URINARIA. Conseguente al tipo di intervento, ma più spesso all'anestesia epidurale, può comportare l'applicazione di un catetere vescicale fino alla risoluzione del sintomo. INCONTINENZA O URGENZA DEFECATORIA. Questo tipo di intervento può arrecare un senso di urgenza alla defecazione o una vera e propria incontinenza a feci e gas. PERSISTENZA DELL'INCONTINENZA FECALE: In alcuni casi non si ha un miglioramento di una incontinenza fecale presente prima dell'intervento. STENOSI ANALE E/O RETTALE. La prima è estremamente rara; la stenosi rettale solitamente è meno sintomatica. Entrambe possono essere risolte chirurgicamente. ALTRE COMPLICANZE DEGNE DI NOTA. Sono da considerarsi veramente eccezionali. Comunque, nel dubbio, sarà mia premura contattare il chirurgo. INTERFERENZE SUI RAPPORTI SESSUALI. Non vi sono controindicazioni a riprendere una normale attività sessuale nel post-operatorio anche in tempi brevi. Saranno da evitare rapporti anali, almeno nel primo periodo post-operatorio per motivi che il medico mi ha spiegato su mia richiesta. TROMBOSI -EMBOLIA Come dopo ogni intervento chirurgico nelle grosse

vene, soprattutto degli arti inferiori, possono formarsi coaguli (trombosi) che, staccandosi dalla parete vascolare, possono andare ad ostruire un vaso sanguigno del circolo polmonare(embolia). Come misura preventiva si può procedere sia all'utilizzo di calze elastiche che alla somministrazione di anticoagulanti (p.es. iniezione di eparina) che potrebbero causare però tendenza al sanguinamento ed assai raramente, disturbi gravi della coagulazione. La necessità o meno di profilassi antitrombotica ed il tipo di farmaco / presidio da utilizzare viene valutato caso per caso in base ai fattori di rischio individuali per trombosi e sanguinamento.

ALLERGIE-IPERSENSIBILITA' In caso di allergie o di ipersensibilità (p.es. a farmaci, disinfettanti, lattice) possono comparire manifestazioni, di solito transitorie, come gonfiori, prurito, starnuti, eruzioni cutanee, capogiri con vomito ed altre lievi reazioni. Complicanze molto serie che possono compromettere le funzioni vitali (cuore, circolazione, respirazione, reni) e danni permanenti (p.es. a carico del sistema nervoso o dei reni, paralisi) sono molto rari. Danni derivanti dal posizionamento sul tavolo operatorio (compressione di nervi o parti molli con disturbi della sensibilità o, raramente, paralisi degli arti e disturbi circolatori) così come lesioni della cute e dei tessuti dovute a correnti elettriche, calore (p.es. materassini riscaldabili) e/o disinfettanti, si risolvono in genere spontaneamente e, sebbene possibile, non comportano solitamente gravi sequele. In alcuni casi tuttavia queste lesioni possono richiedere un trattamento prolungato, comportare una parziale e duratura alterazione della funzionalità dei nervi, portare a cicatrici talora permanenti. Anche misure di preparazione concomitanti o successive non sono del tutto prive di rischi. Infusioni o iniezioni p.es. possono causare talvolta danni locali a tessuti (ascessi da puntura, necrosi, irritazioni/infiammazioni ai nervi e/o alle vene). Eventuali patologie associate quali emorroidi, fistole, pregressi danni sfinteriali (per l'impossibilità di eseguire manometria ed ecografia preoperatoria a causa del dolore), misconosciute all'atto della visita ambulatoriale a causa della sintomatologia dolorosa legata alla ragade stessa, che impedisce una corretta valutazione endoanale, possono essere talora trattate nel corso del medesimo intervento.

SUCCESSO TERAPEUTICO Le prospettive di guarigione dopo l'intervento sono generalmente buone. Dopo l'asportazione delle lesione, i sintomi scompaiono il più delle volte rapidamente. Se curata bene la ferita guarisce rapidamente. Questa deve essere sottoposta a regolari controlli da parte del medico. Un'infezione continua, una guarigione prolungata, così come l'insorgenza di fistole nella ferita sono eventualità rare che possono richiedere un nuovo intervento. Una nuova comparsa di lesioni cutanee della regione anale, in particolare di condilomi e trombosi perianali, non può essere esclusa.

SI PREGA DI SEGUIRE SCRUPOLOSAMENTE QUESTE ISTRUZIONI! A meno di prescrizioni differenti da parte del suo medico curante

Prima dell'intervento Prima di un intervento su una lesione che interessa il canale anale, tuttavia, l'intestino dovrebbe essere pulito per mezzo di uno o più clismi evacuativi. Negli interventi nei quali è opportuno che trascorra un periodo più lungo senza che il paziente debba defecare, l'intestino viene pulito con un lassativo da prendere 2-3 giorni prima dell'intervento e/o con un clistere il giorno stesso dell'intervento. La preghiamo di osservare scrupolosamente le istruzioni che le verranno impartite. Sia i purganti che le soluzioni per il lavaggio dell'intestino possono ridurre l'efficacia dei contraccettivi orali. Il chirurgo decide se e quando farmaci anticoagulanti/antiaggreganti (p.es Coumadin, Sintrom, Aspirina, Tiklid, Plavix, Cardirene), sotto controllo del medico curante, devono essere sospesi o sostituiti con un altro farmaco. Dopo l'intervento E' necessario che la venga a prendere una persona adulta, dato che la sua capacità di reazione può essere pregiudicata dagli anestetici e/o dagli antidolorifici. Le comunicheremo quando potrà riprendere a guidare un veicolo, affrontare da solo il traffico o manovrare dei macchinari in movimento. In questo periodoconsigliamo di non bere alcolici, di non prendere decisioni importanti e di non intraprendere lunghi viaggi. Nel primo periodo dopo l'operazione, potrebbe essere necessaria una sostituzione frequente delle medicazioni, che può eseguire da sé o con l'aiuto dei familiari. Le forniremo tutte le istruzioni necessarie e le date dei controlli medici necessari per valutare lo stato delle ferite e la loro guarigione. Informi il suo medico se compaiono febbre (sopra i 38°C), arrossamenti della ferita o dolori nella sede dell'intervento e/o dolori addominali con eventuale comparsa di stitichezza o diarrea. Ciò vale anche se questi disturbi dovessero manifestarsi solo alcuni giorni dopo l'intervento. All'inizio può essere assunto, se necessario, un leggero lassativo. E' sconsigliata, comunque, l'assunzione di lassativi per lunghi periodi. Nel tempo è opportuno che lei curi l'igiene anale (bidet dopo ogni defecazione) ed assuma una dieta ricca di fibre, per mantenere morbide le feci. Beva 1.5-2 litri di acqua al giorno. Eviti sforzi intensi durante la defecazione. Nel corso del colloquio informativo chiedi tutto quello che desidera sapere.

INFORMATIVA INTERVENTI PER PATOLOGIA EMORROIDARIA

LA PATOLOGIA EMORROIDARIA si manifesta con congestione dei gavoccioli venosi situati in regione anale, spesso come conseguenza di stipsi, con possibili sanguinamenti, prollasso della mucosa (esternamente), dolori o perdite di muco.

Vi sono diverse tipologie di interventi previsti, quando lo stadio della malattia e i sintomi che essa determina, rendono consigliabile l'intervento chirurgico stesso. Tra questi la **LEGATURA DELLE AFFERENZE ARTERIOSE SOTTO GUDA DOPPLER (THD)**, l'**EMORROIDOPESSI CON STAPPLER (LONGO)** e l'**ASPORTAZIONE DEI GAVOCCIOLI EMORROIDARI E DEL PROLASSO (MILLIGAN-MORGAN)**; la tecnica più idonea non sempre è preventivabile prima dell'anestesia. E quindi viene decisa definitivamente al momento dell'atto chirurgico. Infatti la scelta della tecnica più idonea da impiegare viene effettuata talvolta solo in sala operatoria ove, in conseguenza del rilasciamento indotto dall'anestesia, si può efficacemente valutare la reale entità del problema e quindi applicare la tecnica chirurgica più appropriata al caso specifico. Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito è perciò sempre possibile per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

L'intervento viene solitamente eseguito in anestesia loco-regionale (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi, ma che in alternativa ed in situazioni particolari, può essere impiegata l'anestesia generale.

Sono possibili, anche se con bassa incidenza, complicanze intra- o post-operatorie, quali:

- lesioni agli sfinteri anali ed al setto retto-vaginale nella donna.
- sanguinamento, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;
- ritenzione urinaria, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- suppurazione delle ferite chirurgiche;
- dolore, soprattutto nel primo periodo post-operatorio, la dermatite reattiva perianale, il bruciore, il prurito.

Più tardivamente possono verificarsi:

- stenosi cicatriziale dell'orifizio anale, peraltro prevenibili con controlli chirurgici nel primo periodo post-operatorio
- incontinenza ai gas o più raramente alle feci, soprattutto in soggetti anziani con preesistente presenza di alterazione della continenza. Questi sono solitamente temporanei e risolversi entro 1-2 mesi.
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA PER COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA PERENDOSCOPICA (ERCP)

Il presente modulo viene consegnato al Paziente in previsione dell'esame endoscopico, a completamento di quanto già espresso verbalmente, per informarlo dei rischi e dei benefici connessi al trattamento ed ottenere il Suo consenso informato.

Tale atto, indispensabile e previsto dalla legge, viene richiesto a tutela del malato e non al fine di sollevare il medico dalle responsabilità professionali.

Si prega di leggere per esteso il documento prima di firmarlo, rivolgendosi al Medico dell'Unità Operativa per ogni eventuale chiarimento

La colangiopancreatografia retrograda perendoscopica (ERCP) è un esame diagnostico che consiste nell'esecuzione di una endoscopia duodenale nel corso della quale il medico endoscopista cerca di iniettare all'interno della papilla di Vater del mezzo di contrasto allo scopo di visualizzare radiologicamente le vie biliari e/o pancreatiche.

A seconda della difficoltà di incannulazione o alla patologia bilio-pancreatica già nota o riscontrata durante l'esame diagnostico (calcolosi della via biliare principale, stenosi del coledoco infiammatoria o neoplastica), può esserci l'indicazione ad una sfinterotomia della papilla stessa che consiste nel sezionare con un diatermocoagulatore (bisturi elettrico) la papilla di Vater così da rendere una più agevole accesso alle vie biliari ed un più facile scarico delle stesse.

Questa procedura permette di eseguire, oltre alla colangio-pancreatografia diagnostica, anche eventuali manovre terapeutiche come l'asportazione di calcoli biliari e/o pancreatici e il posizionamento di stent (protesi) per superare eventuali stenosi dei dotti bilio-pancreatici e permettere lo scarico dei succhi biliari e/o pancreatici ristagnanti.

Per un corretto ulteriore iter diagnostico, se si ritenesse indicato dal quadro clinico strumentale, quanto verrà prelevato o asportato, sarà analizzato al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o un accertamento sulla eventuale presenza di agenti infettivi locali (esame batteriologico con antibiogramma).

Questa procedura può non riuscire nel 5-10% dei casi e, sempre nel 5-10% dei casi, può essere gravata da complicanze come la pancreatite acuta, la colangite, l'emorragia e la perforazione, per le quali sono possibili delle terapie mediche, endoscopiche e chirurgiche a seconda della gravità delle stesse.

Altre possibili complicanze possono essere dovute ai farmaci necessari all'esecuzione dell'esame: sedativi, antispastici, antidolorifici, mezzo di contrasto iodato, in caso si manifestassero reazioni allergiche.

Per queste complicanze può esserci anche il rischio di mortalità dello 0,2-0,5%, nonostante le cure del caso, a seconda che l'indagine sia solo diagnostica o anche terapeutica, come riportato nella letteratura internazionale.

Nella maggior parte dei casi, tuttavia, i disturbi post ERCP si limitano ad una modesta dolenzia addominale con, a volte, aumento più o meno elevato delle amilasi e lipasi (enzimi pancreatici), che si risolve solitamente in 24-48 ore.

In alternativa a questa indagine, solo dal un punto di vista diagnostico, è possibile eseguire una colangiorisonanza, mentre l'alternativa terapeutica è solo chirurgica, che, nella letteratura internazionale, risulta gravata da una maggior incidenza di morbidità e mortalità.

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER ERNIA JATALE

L'ernia jatale è determinata dalla dislocazione di visceri addominali (prevalentemente lo stomaco) attraverso lo jatus del diaframma (orifizio naturale da cui passa fisiologicamente l'esofago dal torace all'addome). In questa situazione di malattia, i disturbi sono determinati dalla mancata continenza della valvola cardiale con passaggio di succo gastrico in esofago e conseguente possibile infiammazione dell'esofago stesso (esofagite) che può portare a gravi disturbi digestivi (bruciore, acidità, rigurgiti acidi, stenosi fino impossibilità all'alimentazione per via orale), è possibile degenerazioni della mucosa dell'esofago che posso evolvere in neoplasie. Altri disturbi sono di tipo respiratorio e cardiaco, per compressione di cuore e polmoni.

Quando queste malattie provocano gravi disturbi e non vi è risposta a terapia medica è indicato intervento chirurgico. che ha lo scopo di riportare gli organi addominali in addome, chiudere parzialmente lo jato esofageo dilatato e confezionare una plastica anti-reflusso al passaggio esofago gastrico.

L'intervento consiste quindi in una **PLASTICA ANTIREFLUSSO (CON VARIE TECNICHE PER VIA ADDOMINALE, TORACICA O COMBINATA) E SINTESI (CON O SENZA PROTESI) DELLO JATO ESOFAGEO, CON ACCESSO LAPAROSCOPICO O LAPAROTOMICO..**

Può, a volte, essere necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria per necessità che si manifestassero all'atto chirurgico.

Questi interventi si eseguono in anestesia generale e possono comportare complicanze quali:

- emorragie ed ematomi postoperatori che potrebbero comportare la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni;
- emorragie intra operatorie che potrebbero richiedere ad esempio l'asportazione della milza in caso di sanguinamento in questa sede; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con necessità di trattamento specifico
- lesioni pancreatiche con possibile pancreatite acuta e/o formazione di fistola pancreatica;
- insorgenza di trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari;
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.
- residueranno in ogni caso cicatrici a livello addominale.
- E' possibile, pur se abbastanza raro, che si possa produrre durante l'intervento una lesione dell'esofago, che deve essere riparata immediatamente. In caso la lesione sia tale da rendere impossibile la riparazione diretta, possibilità che si può presentare soprattutto se sui tratta di recidiva e al primo intervento si sia già prodotta una perforazione dell'esofago, può essere necessario eseguire resezione dell'esofagea distale e del fondo gastrico, che pone il rischio di complicanza gravi quale la deiscenza dell'anastomosi, con conseguente grave infezione locale, complicanza anche mortale

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza relativamente bassa, soprattutto se rapportate con l'entità dell'intervento che rimane l'unica cura che può garantire una guarigione definitiva da queste malattie; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa



**UNITA' OPERATIVA
CHIRURGIA GENERALE**
Direttore Dott. Francesco Albanese

CARTELLA CLINICA N. ALL. N.

Cognome e nome

Data del Ricovero Età

PRESIDIO OSPEDALIERO SENIGALLIA

U.O.C. CHIRURGIA GENERALE

DIRETTORE

Francesco Albanese tel 07179092601

Degenze Chirurgia Generale

tel. 071-79092612

fax 07179092602

COORDINATRICE

Antonella Antonietti

tel. 071-79092610

Chirurgia Degenza Breve

Day Surgery-Ambulatori

tel. 071-79092613

COORDINATRICE

Cinzia Sdrucchioli

tel. 071-79092611

INFERMIERI:

A.Gennarelli, L.Ceccacci, C.Febo,
D.Francesconi, R. Livi Pelosi, L.Luzi,
N.Abdelaziz, P.Petrini, N.Romano,
A.Soddu, S.Sturani, S.Tinti,
V.Tomassoni, I.Zandri

O.S.S.

G.Austero, C. Tuinti, R.Francioso,
I.Merra, C.Nicoletti, M.P.Zannotti

AMBULATORI

tel. prenotazioni 800 098 798

• **Chirurgia Generale**

- Poliambulatorio Senigallia

Martedì ore 8,30 - 11,00

Venerdì ore 15,00 - 17,00

- Poliambulatorio Corinaldo

Giovedì ore 8,30 - 9,15

- Poliambulatorio Ostra

Giovedì ore 9,45 - 10,30

- Poliambulatorio Arcevia

Giovedì ore 11,00 - 11,45

• **Chirurgia Senologica**

U.O. Chirurgia tel. 071-79092682

Lunedì ore 14,30 - 15,30

Giovedì ore 14,30 - 16,30

• **Chirurgia Vascolare**

U.O. Chirurgia tel. 071-79092633

Lunedì ore 11,00 - 13,00 (ferite difficili)

Mercoledì ore 11,00 - 14,00

Chirurgia Endocrina

U.O. Chirurgia tel. 071-79092682

Venerdì ore 8,00 - 9,00

Coloproctologia

U.O. Chirurgia tel. 071-79092629

Mercoledì ore 15,00 - 17,10

Centro stomizzati

U.O. Chirurgia tel. 071-79092629

Lunedì ore 14,30 - 18,00

Senigallia,/..... 20.....

Gent.mo Dott.,

dimettiamo in data odierna il Sig.
di anni, ricoverato presso la nostra U.O. in data per **ernia
inguinale**. Durante il ricovero è stato sottoposto ai seguenti
accertamenti:

- Esami ematochimici:
- Ecg:

Il Paziente è stato sottoposto in anestesia locale ad intervento chirurgico
di: **ernioplastica in tension free con rete in polipropilene sec.
Trabucco**

L' immediato decorso post-operatorio è stato regolare; si rammenta che
modico edema, ematoma locale o gonfiore del testicolo possono
presentarsi nell'immediato post-operatorio.

Si dimette con i seguenti consigli terapeutici:

- Terapia antalgica al bisogno
- Graduale ripresa di attività fisica, evitare sforzi per circa 2 mesi e
non guidare autoveicoli per primi 10 giorni.

Si programma **controllo nell'Ambulatorio Chirurgico** antistante il
Reparto in data, ore (non è necessaria impegnativa).

Si consiglia richiedere fotocopia della cartella clinica, unico documento
attestante in modo completo gli accertamenti e le terapie eseguite e lo
stato di salute del Paziente.

Restiamo a disposizione per qualunque necessità o chiarimento ai nostri
numeri telefonici.

Nel ringraziarLa per la collaborazione Le inviamo cordiali saluti,

Dott. Francesco Albanese

Riportare la presente per il ritiro dei referti ed ai successivi controlli.

INFORMATIVA INTERVENTI PER ERNIA

La **PATOLOGIA ERNIARIA DELLA PARETE ADDOMINALE** consiste nella fuoriuscita di un viscere o di una sua parte, attraverso un'area di debolezza della parete addominale o attraverso un orifizio o un canale naturale, con formazione di un'**ERNIA**, che può essere **OMBELICALE, EPIGASTRICA, DELLA LINEA ALBA, INGUINALE, CRURALE, OTTURATORIA**. La presenza di ernia può costituire ostacolo alle normali attività quotidiane, per la presenza della tumefazione, di senso di peso e/o dolore; è possibile intasamento e/o strozzamento, situazioni che possono richiedere intervento chirurgico d'urgenza.

L'intervento chirurgico consiste in una **PLASTICA DELL'ERNIA** e che questa può essere eseguita per sutura **DIRETTA** o con impiego di **PROTESI**; si può utilizzare inoltre la via **CHIRURGICA CLASSICA** e, in casi selezionati la via **LAPAROSCOPICA**. L'intervento può essere eseguito in **anestesia locale, loco-regionale o generale**, a seconda della sede e dell'entità dell'ernia o di condizioni particolari legate a malattie concomitanti; residuano una o più cicatrici chirurgiche.

Durante l'intervento, in alcuni casi, può essere necessario modificare sia il tipo di anestesia sia il tipo di intervento chirurgico in rapporto alla valutazione intraoperatoria, anche convertendo la via d'approccio laparoscopica in laparotomica tradizionale, in caso di riscontro di altre patologie associate o per impossibilità tecnica di proseguire per questa via.

Nei casi nei quali l'ernia è complicata (intasata, irriducibile, strozzata) può anche rendersi necessaria l'asportazione di anse intestinali e/o di omento. Le possibili complicanze all'intervento per ernia possono essere di carattere locali e/o generali.

Fra le complicanze locali, che si presentano peraltro con bassa frequenza, vi sono:

- infezioni cutanee, sieromi, ematomi trattati in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- nevralgie inguino-crurali, temporanee e/o persistenti, per irritazione nervosa o intrappolamento del nervo nella plastica
- orchite: consiste nell'infiammazione e conseguente ingrossamento del testicolo e può verificarsi in taluni casi quando l'edema e poi la fibrosi post-operatoria restringono eccessivamente l'anello inguinale.
- infezione della protesi: è una complicanza rara, peraltro se non viene a risoluzione con terapia medica, può rendere indispensabile un reintervento per la rimozione della protesi.
- migrazione della protesi: evento raro che, tuttavia può richiedere la sua rimozione e la riconfezione della plastica
- recidiva dell'ernia.

Fra le complicanze generali, sono possibili:

- broncopolmonite, atelettasia, insufficienza respiratoria e scompenso cardio-circolatorio, soprattutto in soggetti anziani con preesistenti turbe cardio-respiratorie.
- trombosi venosa profonda, possibili in tutti gli interventi anche, talora, in presenza di una opportuna profilassi postoperatoria.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esenti da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo.

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

NOTA INFORMATIVA

Intervento per fimosi o frenulo corto

La **fimosi** è dovuta da un eccesso dei tessuti (prevalentemente cute e mucosa) che ricoprono il glande e rendono difficoltosa il loro scorrimento completo. A volte si determina un restringimento che rende impossibile lo scorrimento di questi tessuti sul glande, con problemi nei rapporti sessuali e anche di igiene locale. Per queste situazioni è indicato intervento di **Circoncisione**, che prevede asportazione di cute e mucose eccedenti

Il **frenulo corto** determina impossibilità a completo scorrimento posteriore del prepuzio sul glande, con possibile dolore, sanguinamento locale e difficoltà durante i rapporti sessuali. Per questa situazione è indicato intervento di **plastica del frenulo**

Questi interventi di possono essere eseguiti IN REGIME AMBULATORIALE o in REGIME DI RICOVERO , generalmente in anestesia locale.

Dopo controllo clinico, qualora non vi siano complicazioni locali (sanguinamento forte dolore) o problematiche di ordine generale (in particolare cardio-respiratorie) può consentito lasciare l'ospedale nella stessa giornata, qualora il Paziente risieda nell'area urbana nella quale è ubicato l'Ospedale per poter eventualmente raggiungere l'Ospedale in breve tempo, in caso di necessità; dovranno inoltre esserci le condizioni per un adeguato sostegni di natura ambientale ed anche familiare.

Il Paziente dovrà osservare, nella giornata dell'intervento, riposo, evitando traumi, stress e raffreddamenti; in caso si presentasse importante sanguinamento o forte dolore che non risponde al trattamento analgesico, malessere, con difficoltà respiratoria, palpitazioni, senso di svenimento, dovrà contattare rapidamente i sanitari (che avranno lasciato recapiti telefonici) o recarsi in ospedale per controllo.

In caso di trattamento con anticoagulanti orali, sarà necessario sospenderli alcuni giorni prima dell'intervento e sostituirli con eparina a basso peso molecolare.

Le possibili complicanze legate a questi interventi sono:

- infezioni cutanee, sieromi, ematomi che, tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- dolore locale generalmente temporaneo
- parestesie persistenti, di lieve entità, nella sede della cicatrice chirurgica

Dinanzi alla comparsa di problematiche i Medici potrebbero giudicare necessario modificare la procedura concordata e il regime assistenziale (con eventuale ricovero o prolungamento del tempo di ricovero).

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

NOTE INFORMATIVE SULL'INTERVENTO DI ALLESTIMENTO DI FISTOLA ARTERO-VENOSA (FAV) QUALE ACCESSO VASCOLARE PERMANENTE PER EMODIALISI.

Il trattamento sanitario che Le consigliamo per essere eseguito richiede il Suo consenso, previa dettagliata informazione circa quanto attiene al trattamento sanitario in questione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera e consapevole La invitiamo a leggere attentamente questo documento.

Prima della esecuzione del trattamento un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento in modo che possa rilasciare il suo consenso dopo esser stato esaurientemente informato.

Scopo del trattamento

Necessità di un accesso vascolare permanente allo scopo di poter effettuare il trattamento sostitutivo dialitico periodico extracorporeo, in quanto non si possono utilizzare le vene così come sono.

Le fistole artero-venose (FAV) per emodialisi sono dei cortocircuiti della circolazione del sangue, che si ottengono quando una arteria profonda che porta il sangue ai tessuti posti alla periferia degli arti, viene collegata direttamente alla vena, generalmente superficiale, che porta il sangue di ritorno dai tessuti della periferia verso il cuore.

A seguito dell'intervento la vena è percorsa da un flusso maggiore e più veloce di sangue che, procedendo in modo vorticoso, produce un thrill (sensazione acustica che si ascolta appoggiando il fonendoscopio sulla FAV) ed un fremito; questi sono segni perenni del buon funzionamento della FAV.

La vena diviene nel corso delle settimane più larga e le pareti si ispessiscono e si irrobustiscono in modo da sopportare le ripetute punture degli aghi da emodialisi.

Rischi ed inconvenienti prevedibili per la persona

Tale intervento, quantunque eseguito con perizia, può essere caratterizzato dalla insorgenza di effetti collaterali legati alla anestesia locale (possibile allergia, insorgenza di aritmie cardiache, shock anafilattico) o all'atto chirurgico in quanto tale (sanguinamento, ematoma, dolore locale, infezione della ferita chirurgica, trombizzazione precoce della FAV).

Il rischio più frequente al termine dell'intervento è il non funzionamento della FAV o il sanguinamento, anche se la necessità di dover ricorrere a trasfusioni è molto rara.

Descrizione del trattamento

Le fistole artero-venose sono allestite con un piccolo intervento chirurgico a livello del polso (fistola distale) o a livello della piega del gomito (fistola prossimale) utilizzando se possibile le vene del paziente. Quando queste non sono più disponibili si possono interporre tra arteria e vena del paziente, distanti tra loro, dei ponti fatti con protesi sintetiche.

L'intervento viene eseguito in anestesia locale, non è doloroso, ma può richiedere tempo per essere effettuato, perché nel tentativo di risparmiare al massimo le vene che in futuro potrebbero servire per effettuare altre FAV in caso di necessità, il medico cerca di utilizzare i vasi più periferici, e quindi più piccoli possibili.

Le FAV sono l'accesso vascolare di prima scelta nei pazienti con insufficienza renale cronica avviati alla terapia sostitutiva emodialitica, perché comportano minori rischi sia nella fase di intervento chirurgico, che nella normale vita del paziente. Per poter utilizzare la FAV per l'emodialisi sono necessarie alcune settimane dall'intervento perché la vena diventi idonea alla puntura con l'ago per emodialisi.

Comportamento a cui il paziente dovrà attenersi

Nelle ore successive l'intervento dovrà rimanere a riposo anche per evitare le ipotensioni che potrebbero causare la chiusura precoce della FAV. Tenere il braccio sollevato verso l'alto posizionando un cuscino sotto l'arto stesso, non piegare il braccio se l'intervento è stato effettuato a livello della piega del gomito, controllare che la ferita non sanguini.

Quando la FAV sarà sviluppata ed idonea per essere utilizzata dovrà comunque avere le seguenti accortezze: igiene giornaliera con acqua e sapone; togliere i cerotti il giorno successivo alla seduta di emodialisi e disinfettare la zona; evitare i traumi e di portare pesi eccessivi con il braccio della FAV; non portare abiti con maniche strette che possono chiudere la FAV; sentire il thrill e chiamare il Centro dialisi qualora non dovesse più sentirlo; comunicare al personale del Centro dialisi qualunque variazione notata nella zona della FAV (arrossamenti, dolore, ecc.).

Conseguenze del mancato trattamento

Se non si ha a disposizione un accesso vascolare (FAV) pronto per poter effettuare l'emodialisi, in condizioni di urgenza (iperpotassiemia, edema polmonare, coma uremico) occorre posizionare un catetere venoso centrale (CVC) come accesso vascolare temporaneo con i relativi rischi annessi.

Quanto sopra rappresenta un quadro generale della situazione che può approfondire con il sottoscritto.

E' essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento da noi prospettato, per cui la invitiamo a chiedere liberamente e serenamente tutto quello che ritenga importante e non ancora sufficientemente compreso.

Potete discutere i vostri dubbi sia con il medico che vi fornisce le informazioni sia con il medico curante.

In data....., io sottoscritto Dott.....dichiaro di aver fornito al Paziente questa nota informativa, di aver dato anche esaurienti spiegazioni verbali ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal Paziente.

Firma del medico.....

Confermo quanto sopra e mi riservo di dare il mio consenso dopo adeguata riflessione.

Firma del Paziente.....



INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI RESEZIONE PROLASSO RETTALE SECONDO DELORME

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe o alternative chirurgiche. E' importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa abitualmente uso; è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesi. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.). Finalità dell'intervento resecare il prollasso rettale e ristabilire la continuità intestinale. Realizzazione dell'intervento Verrà eseguita una resezione per via trans-ale del prollasso rettale mucoso presente, si eseguirà una plissettatura della tonaca muscolare del viscere ove necessario e successivamente, dopo la resezione della mucosa in eccesso, si ristabilirà la continuità intestinale con anastomosi manuale.. Possibili Complicanze EMORRAGIE anche gravi possono verificarsi nel post-operatorio immediato, ma anche a distanza. In alcuni casi si rende necessaria una revisione dell'emostasi in sala operatoria e in casi eccezionali si è reso necessario eseguire delle trasfusioni di sangue. Per i motivi citati, nel caso in cui la complicanza si verificasse dopo la dimissione, dovrò contattare membro dell'equipe chirurgica o recarmi in Per i motivi citati, nel caso in cui la complicanza si verificasse dopo la dimissione, dovrò contattare membro dell'equipe chirurgica o recarmi in pronto soccorso. Sono anche a conoscenza del fatto che piccole perdite ematiche potranno verificarsi anche a distanza dell'atto chirurgico, ma sono da considerarsi nella norma.

INFEZIONI: il trattamento dipenderà dall'entità delle stesse. La terapia antibiotica potrebbe essere sufficiente, ma in caso di raccolte purulente potrebbero essere necessarie manovre chirurgiche anche complesse e molto invasive come quelle già descritte sopra. Infezioni letali sono estremamente rare, ma riportate in letteratura.

EMATOMI ED ECCHIMOSI dei tessuti superficiali (quindi evidenti) o ematomi profondi che potranno rivelarsi con sintomatologia dolorosa, febbre, astenia. Nel caso di situazioni di modesta entità (ecchimosi) non sarà necessaria alcuna terapia, altrimenti sarà il chirurgo a decidere per eventuali drenaggi delle raccolte ematiche. In caso di vasti ematomi, questi trattamenti potranno essere di modesta entità ma anche comportare interventi chirurgici molto demolitivi e/o mutilanti quali il confezionamento di una stomia temporanea (deviazione del transito intestinale con abboccamento dell'intestino alla parete addominale e conseguente fuoriuscita delle feci che si raccoglieranno in un sacchetto applicato alla parete dell'addome. La deviazione è solitamente temporanea).

DEISCENZA ANASTOMOTICA: in caso di mancata tenuta dell'anastomosi intestinale potrà essere necessario intervenire nuovamente con la possibile necessità di confezionare una stomia temporanea (deviazione del transito intestinale con abboccamento dell'intestino alla parete addominale e conseguente fuoriuscita delle feci che si raccoglieranno in un sacchetto applicato alla parete dell'addome. La deviazione è solitamente temporanea).

DOLORE PERSISTENTE. In casi molto rari il dolore post-operatorio può permanere a lungo senza che vi siano evidenti alterazioni anatomico-patologiche.

RITENZIONE URINARIA. Conseguente al tipo di intervento, ma più spesso all'anestesia epidurale, può comportare l'applicazione di un catetere vescicale fino alla risoluzione del sintomo.

INCONTINENZA O URGENZA DEFECATORIA. Questo tipo di intervento può arrecare un senso di urgenza alla defecazione o una vera e propria incontinenza a feci e gas.

PERSISTENZA DELL'INCONTINENZA FECAL: In alcuni casi non si ha un miglioramento di una incontinenza fecale presente prima dell'intervento.

STENOSI ANALE E/O RETTALE. La prima è estremamente rara; la stenosi rettale solitamente è meno sintomatica. Entrambe possono essere risolte chirurgicamente.

ALTRE COMPLICANZE DEGNE DI NOTA. Sono da considerarsi veramente eccezionali. Comunque, nel dubbio, sarà mia premura contattare il chirurgo.

INTERFERENZE SUI RAPPORTI SESSUALI. Non vi sono controindicazioni a riprendere una normale attività sessuale nel post-operatorio anche in tempi brevi. Saranno da evitare rapporti anali, almeno nel primo periodo post-operatorio per motivi che il medico mi ha spiegato su mia richiesta.

TROMBOSI -EMBOLIA Come dopo ogni intervento chirurgico nelle grosse vene, soprattutto degli arti inferiori, possono formarsi coaguli (trombosi) che, staccandosi dalla parete vascolare, possono andare ad ostruire un vaso sanguigno del circolo polmonare(embolia). Come misura preventiva si può procedere sia all'utilizzo di calze elastiche che alla somministrazione di

anticoagulanti (p.es. iniezione di eparina) che potrebbero causare però tendenza al sanguinamento ed assai raramente, disturbi gravi della coagulazione. La necessità o meno di profilassi antitrombotica ed il tipo di farmaco / presidio da utilizzare viene valutato caso per caso in base ai fattori di rischio individuali per trombosi e sanguinamento.

ALLERGIE-IPERSENSIBILITA' In caso di allergie o di ipersensibilità (p.es. a farmaci, disinfettanti, lattice) possono comparire manifestazioni, di solito transitorie, come gonfiori, prurito, starnuti, eruzioni cutanee, capogiri con vomito ed altre lievi reazioni. Complicanze molto serie che possono compromettere le funzioni vitali (cuore, circolazione, respirazione, reni) e danni permanenti (p.es. a carico del sistema nervoso o dei reni, paralisi) sono molto rari. Danni derivanti dal posizionamento sul tavolo operatorio (compressione di nervi o parti molli con disturbi della sensibilità o, raramente, paralisi degli arti e disturbi circolatori) così come lesioni della cute e dei tessuti dovute a correnti elettriche, calore (p.es. materassini riscaldabili) e/o disinfettanti, si risolvono in genere spontaneamente e, sebbene possibile, non comportano solitamente gravi sequele. In alcuni casi tuttavia queste lesioni possono richiedere un trattamento prolungato, comportare una parziale e duratura alterazione della funzionalità dei nervi, portare a cicatrici talora permanenti. Anche misure di preparazione concomitanti o successive non sono del tutto prive di rischi. Infusioni o iniezioni p.es. possono causare talvolta danni locali a tessuti (ascessi da puntura, necrosi, irritazioni/infiammazioni ai nervi e/o alle vene). Eventuali patologie associate quali emorroidi, fistole, pregressi danni sfinteriali (per l'impossibilità di eseguire manometria ed ecografia preoperatoria a causa del dolore), misconosciute all'atto della visita ambulatoriale a causa della sintomatologia dolorosa legata alla ragade stessa, che impedisce una corretta valutazione endoanale, possono essere talora trattate nel corso del medesimo intervento.

SUCCESSO TERAPEUTICO Le prospettive di guarigione dopo l'intervento sono generalmente buone. Dopo l'asportazione delle lesioni, i sintomi scompaiono il più delle volte rapidamente. Se curata bene la ferita guarisce rapidamente. Questa deve essere sottoposta a regolari controlli da parte del medico. Un'inflammatione continua, una guarigione prolungata, così come l'insorgenza di fistole nella ferita sono eventualità rare che possono richiedere un nuovo intervento. Una nuova comparsa di lesioni cutanee della regione anale, in particolare di condilomi e trombosi perianali, non può essere esclusa.

SI PREGA DI SEGUIRE SCRUPolosAMENTE QUESTE ISTRUZIONI! A meno di prescrizioni differenti da parte del suo medico curante Prima dell'intervento Prima di un intervento su una lesione che interessa il canale anale, tuttavia, l'intestino dovrebbe essere pulito per mezzo di uno o più clismi evacuativi. Negli interventi nei quali è opportuno che trascorra un periodo più lungo senza che il paziente debba defecare, l'intestino viene pulito con un lassativo da prendere 2-3 giorni prima dell'intervento e/o con un clistere il giorno stesso dell'intervento. La preghiamo di osservare scrupolosamente le istruzioni che le verranno impartite. Sia i purganti che le soluzioni per il lavaggio dell'intestino possono ridurre l'efficacia dei contraccettivi orali. Il chirurgo decide se e quando farmaci anticoagulanti/antiaggreganti (p.es Coumadin, Sintrom, Aspirina, Tiklid, Plavix, Cardirene), sotto controllo del medico curante, devono essere sospesi o sostituiti con un altro farmaco. Dopo l'intervento E' necessario che la venga a prendere una persona adulta, dato che la sua capacità di reazione può essere pregiudicata dagli anestetici e/o dagli antidolorifici. Le comunicheremo quando potrà riprendere a guidare un veicolo, affrontare da solo il traffico o manovrare dei macchinari in movimento. In questo periodoconsigliamo di non bere alcolici, di non prendere decisioni importanti e di non intraprendere lunghi viaggi. Nel primo periodo dopo l'operazione, potrebbe essere necessaria una sostituzione frequente delle medicazioni, che può eseguire da sé o con l'aiuto dei familiari. Le forniremo tutte le istruzioni necessarie e le date dei controlli medici necessari per valutare lo stato delle ferite e la loro guarigione. Informi il suo medico se compaiono febbre (sopra i 38°C), arrossamenti della ferita o dolori nella sede dell'intervento e/o dolori addominali con eventuale comparsa di stitichezza o diarrea. Ciò vale anche se questi disturbi dovessero manifestarsi solo alcuni giorni dopo l'intervento. All'inizio può essere assunto, se necessario, un leggero lassativo. E' sconsigliata, comunque, l'assunzione di lassativi per lunghi periodi. Nel tempo è opportuno che lei curi l'igiene anale (bidet dopo ogni defecazione) ed assuma una dieta ricca di fibre, per mantenere morbide le feci. Beva 1.5-2 litri di acqua al giorno. Eviti sforzi intensi durante la defecazione. Nel corso del colloquio informativo chiedi tutto quello che desidera sapere.

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER IPERPARATIROIDISMO

L'IPERPARATIROIDISMO. È una patologia che determina un' eccessiva quantità di calcio nel sangue dall'alterazione di una o più delle ghiandole paratiroidi (che abitualmente si trovano nel collo), con produzione di una quantità eccessiva di Paratormone (PTH), ormone che regola il metabolismo del calcio e del fosforo. L'iperparatiroidismo può essere **PRIMITIVO** (determinato da un tumore solitamente benigno di una o più di queste ghiandole, con produzione in eccesso di PTH) o **SECONDARIO O TERZIARIO** (da funzionamento in eccesso di tutte le paratiroidi solitamente in Pazienti con insufficienza renale e/o in emodialisi). La terapia consiste nell'asportazione delle ghiandole malate (quando sono tutte ipertrofiche si può decidere di lasciare un piccolo frammento di una ghiandola, così detta paratiroidectomia 7/8, per avere un residuo di funzione). Tuttavia, potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica, anche perché, con una certa frequenza queste ghiandole si localizzano in altre sedi, in particolare in mediastino. Potrebbe essere quindi necessario, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, ad esempio la conversione dell'intervento nella via cervicotomica tradizionale ove esso sia stato iniziato per via mininvasiva o l'apertura del mediastino in caso di esplorazione del collo negativa, quando non si decida di rinviare ad un secondo tempo tale estensione mediastinica, o per la necessità di un migliore studio diagnostico o perché le condizioni generali non lo permettono.

Questo interventi vengono eseguiti in **anestesia generale** e residua sempre una cicatrice, più o meno ampia sul collo

Sono possibili complicanze specifiche legate più direttamente all'intervento e di carattere generale connesse ad interventi maggiori, quali:

☐- **lesione temporanea o definitiva dei nervi laringei** che innervano i muscoli delle corde vocali, con conseguenti alterazioni anche gravi (temporanee o permanenti) della voce e possibili difficoltà respiratorie che potrebbero comportare anche la necessità di una tracheostomia. Le alterazioni fonatorie possono manifestarsi con voce rauca, soffiata, bitonale, di falsetto o anche con alterazioni del timbro, del tono, dell'estensione, dell'intensità e dell'affaticabilità vocale con difficoltà anche ad intonare il canto. A queste alterazioni della voce possono associarsi anche alterazioni deglutitorie.

☐- **mancata funzionalità temporanea o definitiva delle ghiandole paratiroidi residue** con conseguente alterazione (temporanea o permanente) del quantitativo di calcio e fosforo nel sangue e, quindi, la necessità di assumere terapia a base di calcio e vitamina D anche per tutta la vita.

- **emorragie ed ematomi post-operatori** che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico.

- **persistenza o la recidiva dell'iperparatiroidismo** nel caso in cui fosse presente una o più ghiandole paratiroidi patologiche in soprannumero e/o in sede atipica, ovvero ove il tessuto paratiroideo patologico non fosse identificabile.

- **necessità di dovere asportare uno o entrambi i lobi tiroidei** in caso di presenza di una ghiandola paratiroidea all'interno della tiroide, ovvero in caso di rinvenimento di patologia paratiroidea maligna o di riscontro di concomitante patologia tiroidea meritevole di asportazione chirurgica, con necessità di un **trattamento ormonale sostitutivo a vita** nel caso di asportazione totale della tiroide

- **infezione della ferita chirurgica**

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica, ecc.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza non molto elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIA DELLA COLECISTI

La **NEOPLASIA DELLA COLECISTI** è una patologia per la quale il trattamento indicato è l'intervento chirurgico. Si tratta di un tumore aggressivo che in alcuni casi può diffondersi al fegato o ad altri organi e/o strutture vicine. L'intervento consiste in una **COLECISTECTOMIA** (ovvero nell'asportazione della colecisti), in una **ESPLORAZIONE** della via biliare principale ed in una valutazione della diffusione della malattia neoplastica.

Per eseguire un intervento radicale con prospettive di guarigione è di solito necessaria l'asportazione di parenchima epatico (parte del fegato) in particolare nelle vicinanze della colecisti e dei linfonodi delle regioni (ilo e legamento epato-duodenale); a volte è necessario asportare anche altre strutture anatomiche coinvolte (come la via biliare principale) con il ripristino del flusso biliare, creando una nuova via attraverso una anastomosi bilio-digestiva (ovvero drenando la bile nell'intestino) o con l'inserimento di drenaggi all'interno della via biliare stessa.

Durante l'intervento potrebbe essere necessario modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, per le eventuali variazioni anatomiche e/o la diffusione e/o il coinvolgimento di organi contigui da parte della malattia. Questi interventi vengono eseguiti in **anestesia generale**; sono possibili complicanze di carattere generale connesse ad interventi maggiori (con coinvolgimento di apparato respiratorio, cardiocircolatorio, funzionalità renale ed epatica, apparato gastrointestinale), e specifiche legate più direttamente all'intervento quali:

- **lesioni della via biliare extraepatica** che possono comportare perdita biliare (ramo biliare anomalo, discesa del moncone cistico, lesione del dotto principale etc...) Tali lesioni richiedono spesso procedure aggiuntive quali la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) o il drenaggio percutaneo transepatico (PTBD), etc. e talvolta reinterventi.
- **lesioni vascolari** di rami arteriosi o venosi, che possono verificarsi per la presenza di tenaci aderenze che coinvolgono l'albero biliare e/o le strutture vascolari per pregressi episodi infiammatori (colecistite) o per anomalie anatomiche;
- **emorragie** che, quando si verificano nel periodo postoperatorio, possono richiedere un reintervento chirurgico;
- **lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti;
- **pancreatite acuta**, che rappresenta una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-pancreatico.
- **deiscenze postoperatorie** di anastomosi biliari o bilio-digestive con perdite biliari e/o ileali;
- **lesioni cicatriziali** tardive di rami della via biliare extraepatica. e/o di anastomosi con possibile ittero e colangiti
- **occlusioni intestinali** specie se si ricorre al confezionamento di anastomosi bilio-digestive;
- **infezione delle ferite chirurgiche**.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza non molto elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esenti da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo.

Firma del Medico
informativa

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIE DEL COLON-RETTO

La **PATOLOGIA NEOPLASTICA** del COLON-RETTO comprende **I TUMORE del CIECO, I TUMORE DEL COLON ASCENDENTE, I TUMORI DEL COLON TRAVERSO, I TUMORI DEL COLON DISCENDENTE, I TUMORI DEL SIGMA, I TUMORI DEL RETTO**, queste sono malattie proliferative con possibile diffusione in altri organi. Per questa ragione è indicato l'intervento chirurgico, che ha lo scopo di asportare la malattia primitiva ed evitare la sua evoluzione e disseminazione.

L'intervento viene eseguito in anestesia generale e può consistere in una **RESEZIONE del COLON** (emicolectomia destra, colectomia intermedia, resezione del colon trasverso, emicolectomia sinistra, colectomia sub-totale) o del **COLON-RETTO** (resezione del retto infra o meso-rettale, proctocolectomia sub-totale) a seconda della localizzazione della malattia; è possibile che in corso di ognuno di questi interventi si renda necessario confezionare una deviazione intestinale temporanea o definitiva sotto forma di una colostomia o di un'ileostomia. Un altro intervento che si può dover eseguire nelle neoplasie del retto basso (a pochi centimetri dall'ano) è l'**AMPUTAZIONE DEL RETTO PER VIA ADDOMINO-PERINEALE** (che consiste nella asportazione di una parte del colon, di tutto il retto e dell'ano e nel confezionamento di una colostomia definitiva). Tutti questi interventi sono condotti in anestesia generale e possono essere eseguiti per via laparotomica o laparoscopica, in base a considerazioni sulle condizioni generali del paziente, sulle eventuali malattie concomitanti, a cicatrici o aderenze da pregressi interventi e in base alla situazione di localizzazione e diffusione della malattia. A volte, durante l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, si possono associare resezioni di altri organi (come per esempio fegato, milza, vescica, ureteri, piccolo intestino) in caso gli stessi siano interessati dalla diffusione tumorale, con aumento della complessità e del rischio dell'intervento stesso.

La cura dei tumori del colo retto prevede sempre un iter pluridisciplinare, con possibili indicazioni a terapie adiuvanti (chemioterapia, terapia ormonale, radioterapia) che andranno discusse e programmate con gli specialisti Oncologi e Radioterapisti, anche in base al referto istologico completo del tumore e agli esami di stadiazione.

Nei tumori del retto (soprattutto medio e inferiore), dopo valutazione pluridisciplinare, si può eseguire trattamento radio e chemioterapico pre-operatorio, che può ridurre i rischi di recidive e permettere in un numero maggiore di casi di eseguire una ricanalizzazione del retto evitando la stomia definitiva.

Questi interventi possono comportare complicanze immediate e/o tardive, quali:

- emorragie e/o ematomi, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni
- soprattutto in caso di emicolectomia sinistra (asportazione della metà sinistra del colon), si può verificare una lesione della milza, che può richiedere una splenectomia; tale intervento può comportare, nel postoperatorio, un incremento delle piastrine, con necessità di terapia specifica:
- deiscenza della sutura anastomotica: consiste nella incompleta guarigione della sutura chirurgica eseguita sull'intestino, con conseguente fuoriuscita di liquido enterico dal lume intestinale nel cavo addominale, con conseguente insorgenza di peritoniti localizzate o diffuse. In questo caso potrebbe essere necessario reintervenire chirurgicamente e creare una deviazione intestinale temporanea o permanente (ileo o colostomia). Il rischio di complicazioni anastomotiche è molto maggiore e grave nei casi nei quali l'anastomosi sia molto bassa, poco sopra l'orifizio anale (in caso di tumori rettali molto bassi), o quando l'intervento venga condotto in condizioni d'urgenza.
- occlusioni intestinali legate a torsioni di ansa o ad aderenze o ad atonia dell'intestino stesso; in alcuni casi è necessario ricorrere ad un reintervento chirurgico.
- infezioni a carico della ferita precoci e/o tardive; esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici.
- disturbi urologici o della sfera sessuale: possono presentarsi dopo interventi sul colon sinistro e sul retto, a causa dell'interruzione di sottili strutture nervose, non sempre facilmente identificabili. In casi di ritenzione urinaria è necessario il posizionamento del catetere vescicole; lesioni neurologiche periferiche: rare e legate a compressioni inavvertitamente

causate dai bendaggi o da posizioni necessariamente assunte in sala operatoria; generalmente consentono una buona ripresa della funzione.

- laparoceli: sono ernie addominali tardive che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete;
- stenosi dell'anastomosi (restringimenti cicatriziali a livello della sutura intestinale);
- ritardi nella canalizzazione con ripresa della funzione intestinale più tardivamente;
- stipsi o diarrea, temporanee o permanenti. La diarrea è più frequente e più difficile da controllare dopo interventi di colectomia (ovvero di asportazione del colon) subtotale o totale.
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.
- Anche le ileo-colostomie possono essere gravate da complicanze quali il distacco della stessa dalla parete addominale, l'erniazione, l'infezione del tessuto cutaneo peristomale e sottocutaneo circostante, a causa dell'azione irritante del liquido intestinale sulla pelle o alla stenosi dell'orifizio. Tutti questi eventi possono avvenire in forma lieve e non essere motivo di preoccupazione, ma possono anche richiedere, a loro volta, un trattamento chirurgico per la loro correzione.
- Per gli interventi condotti per via laparoscopica possono verificarsi complicanze legate a questo particolare tipo di tecnica quali: lesioni di grossi vasi,; diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace (enfisema sottocutaneo o mediastinico); ipercapnia, che consiste nell'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue. A volte un intervento iniziato per via laparoscopica necessita di conversione dell'intervento nella via laparotomica tradizionale: non è una vera complicanza, ma una modifica della tecnica chirurgica a cui si ricorre quando si incontrino condizioni tali da non consentire la prosecuzione dell'intervento stesso con accesso laparoscopico.
- Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza relativamente bassa, soprattutto se rapportate con l'entità dell'intervento che rimane l'unica cura che può garantire una guarigione definitiva da queste malattie; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIE DEL FEGATO

I **“TUMORI DEL FEGATO”** sono malattie evolutive per le quali è indicato il trattamento chirurgico

I tumori del fegato possono essere benigni e maligni in certi casi la diagnosi può essere posta solo durante l'intervento con l'aiuto di un esame istologico estemporaneo (congelatore) e talvolta addirittura dopo l'intervento chirurgico per mezzo dell'esame istologico definitivo.

L'intervento previsto consiste nella **RESEZIONE DEL TUMORE** che può variare da una **Resezione a cuneo** (con escissione di una piccola quantità di fegato), ad un **Resezione Segmentaria o Plurisegmentaria** (asportazione di uno o più segmenti epatici), fino ad una **Lobectomia destra o sinistra** (asportazione dell'intero lobo destro o allargamento a segmenti dell'altro lobo). A volte può essere indicato posizionare un **catetere nell'arteria epatica** per poter procedere, dopo l'intervento, a somministrazione di farmaci citotossici e in questa eventualità di solito viene asportata anche la colecisti; questo catetere può essere rimosso con una piccola incisione cutanea, quando si ritenga che non sia più utile.

Potrebbe essere necessario modificare l'intervento stesso od integrarlo con altri provvedimenti in rapporto alla valutazione intraoperatoria. L'intervento può essere eseguito per via laparotomia o, in casi molto selezionati, laparoscopica; in caso di intervento iniziato per via laparoscopica, potrebbe rendersi necessaria la conversione nell'intervento laparotomico tradizionale, per l'insorgenza di difficoltà che ne controindichino la prosecuzione o per la necessità di allargare l'intervento ad altri organi e/o strutture.

L'intervento ha solitamente intendimento radicale (cioè di asportazione completa della malattia) con obiettivi e i benefici diversi rispetto a terapie alternative, quali la chemioterapia la chemioembolizzazione, la radiofrequenza ed altri trattamenti analoghi.

Questi interventi vengono eseguiti in **anestesia generale**; sono possibili complicanze di carattere generale connesse ad interventi maggiori (con coinvolgimento di apparato respiratorio, cardiocircolatorio, funzionalità renale ed epatica, apparato gastrointestinale), e specifiche legate più direttamente all'intervento quali:

- **emorragie**: il tessuto epatico è molto friabile e l'emostasi in alcune situazioni patologiche (cirrosi, alterazioni coagulative, ecc.) può risultare difficile. In queste circostanze si possono avere importanti perdite di sangue che possono richiedere emotrasfusioni sia nel corso dell'intervento sia nel postoperatorio. In alcuni casi quando, dopo l'intervento, queste emorragie non si arrestano con la terapia medica, può rendersi necessario un reintervento.

- **lesioni di organi vicini** (stomaco, intestino, ecc) che, se riconosciuti durante l'intervento, possono con facilità essere riparate. Se esse invece si evidenziano nel postoperatorio si rende necessario un reintervento.

- **fistole biliari**: possono essere la conseguenza della caduta di un'escara o di un punto dalla trancia di sezione epatica. Nella gran parte dei casi la bile viene drenata all'esterno dai drenaggi posti durante l'intervento. Altre volte la guarigione della fistola viene facilitata dall'inserimento di un drenaggio naso-biliare. In caso di fistole di portata importante, può rendersi necessario un reintervento di drenaggio interno (di solito nell'intestino) del dotto biliare aperto.

- **insufficienza epatica**: dopo una resezione estesa la funzione del fegato può risultare insufficiente e determinare problemi di varia natura (coagulativi, insufficienza, fino al coma epatico, ecc.). Abitualmente il fegato si rigenera e con opportune terapie spesso si riesce a superare questa fase critica, dopo un periodo variabile di tempo.

- **versamento pleurico:** è una complicanza abbastanza frequente dopo resezione epatica. E' di solito di natura reattiva e si assorbe spontaneamente dopo qualche tempo o dopo aspirazione con una ago inserito in cavità pleurica.
- **infezioni:** sono possibili sia a livello della trancia di sezione epatica (dove possono formarsi anche degli ascessi) sia a livello della ferita cutanea. In genere gli ascessi vengono svuotati sotto guida ecografica e solo raramente abbisognano di un reintervento.
- **aderenze:** si possono formare in cavità addominale ed in casi estremi causare una occlusione intestinale che può richiedere un intervento chirurgico.
- **lesioni da postura.** Possibili per il posizionamento sul letto operatorio e per la durata dell'intervento, Possono interessare le parti molli, nervi o tessuti. Questi danni di solito si risolvono entro un tempo variabile.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza non molto elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo.

Firma del Medico
informativa

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIA MAMMELLA

IL TUMORE della MAMMELLA è una malattia evolutiva; come tutti i tumori le reali cause sono sconosciute, anche se vi sono alcuni fattori che ne favoriscono la formazione e lo sviluppo. Soprattutto negli ultimi decenni, la possibilità di diagnosi precoce e di terapie sempre più efficaci hanno nettamente migliorato la prognosi con indici molto alti di guarigioni definitive.

La terapia chirurgica si avvale di varie opzioni tra cui la **QUADRANTECTOMIA** (ovvero nell'asportazione di un quadrante della mammella sede del tumore), la **MASTECTOMIA** (ovvero nella completa asportazione della mammella e raramente la parziale o totale asportazione dei muscoli pettorali) a seconda delle dimensioni del tumore e della diffusione della malattia. In caso di linfonodi ascellari clinicamente palpabili o comunque sospetti per essere interessati dalla malattia, si dovrà anche eseguire la **LINFADENECTOMIA** (ovvero l'asportazione dei linfonodi ascellari). In caso di linfonodi non palpabili e comunque non sospetti, si potrà ricorrere all'asportazione del così detto **LINFONODO SENTINELLA**, che viene identificato con particolari metodiche, che prevedono la ricerca di un particolare linfonodo dell'ascella, mediante iniezione locale di un colorante vitale o con tecnica radioguidata, per mezzo dell'iniezione di una sostanza radioattiva. La sostanza usata è debolmente radioattiva (l'assorbimento di una dose di radiazioni in seguito a ricerca del "linfonodo sentinella" è pari a quello che si verifica nel corso di 1-2 mammografie). La positività istologica (all'esame definitivo) o il mancato reperimento del linfonodo sentinella indicano la necessità di procedere allo svuotamento ascellare. La negatività per localizzazione neoplastica del linfonodo sentinella può evitare lo svuotamento dei linfonodi ascellari. Bisogna peraltro segnalare come, anche che in una minoranza di casi (circa il 2-3%) il "linfonodo sentinella" può risultare negativo anche in presenza di metastasi in altri linfonodi del cavo ascellare. In caso di intervento di mastectomia (ovvero di asportazione completa della mammella), per ovviare alla assenza della mammella, si può procedere, nel corso dello stesso intervento o in un tempo successivo ed in assenza di controindicazioni, alla sua ricostruzione mediante posizionamento di una **PROTESI- ESPANSORE SOTTOMUSCOLARE** (che verrà sostituita a distanza di qualche mese con una protesi definitiva eseguendo un'altro piccolo intervento chirurgico) o di una **PROTESI SOTTOMUSCOLARE DEFINITIVA**. La cura dei tumori della mammella prevede un iter pluridisciplinare, con possibili indicazioni a terapie adiuvanti (chemioterapia, terapia ormonale, radioterapia) le cui indicazioni andranno discusse e programmate con gli specialisti

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel. 0731534347- Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 - Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel. 07179092611 - 3386403604 (ore 10-14)



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

Oncologi e Radioterapisti, anche in base al referto istologico completo delle caratteristiche biologiche del tumore e agli esami di stadiazione.

Questo interventi possono comportare complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e chirurgico.

In particolare sono possibili sanguinamenti locali con formazione di ematomi e infezione della ferita chirurgica.

In caso di linfadenectomia, parziale o totale, le possibili sequele o complicanze sono:

- linfedema cronico del braccio (ingrossamento del braccio per difficoltoso scarico linfatico);
- raccolta di siero o linfa (sieroma, linfocele) nel cavo ascellare che viene gestito ambulatorialmente con il drenaggio chirurgico (se ancora in sede) o con eventuali aspirazioni ;
- parestesie o altri disturbi neurotrofici del braccio e/o della parete toracica (il più delle volte temporanei) e da possibili lesioni di nervi (ad es. nervo toracico lungo) con possibile sviluppo della cosiddetta “scapola alata”.
- una complicanza possibile, anche se relativamente rara, della mastectomia è l'emorragia postoperatoria, che se non dominata con la compressione, può richiedere un reintervento.

Le possibili complicanze legate all'inserimento sottomuscolare di un espansore o di una protesi sono:

- la formazione di un ematoma o di un sieroma, l'infezione, la rottura e/o la dislocazione del dispositivo impiantato e la rigidità o contrattura capsulare. Se queste complicanze non si risolvono in maniera conservativa, può rendersi necessario un reintervento chirurgico, per la rimozione del dispositivo impiantato.

Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel.0732707619 Ospedale Jesi amb. tel 0731534347- Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 – Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel.07179092611 – 3386403604 (ore 10-14)

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIA RENALE

I **TUMORI DELLO RENE** sono malattie proliferative con possibile diffusione in altri organi. Per questa ragione è indicato l'intervento chirurgico, che ha lo scopo di asportare la malattia primitiva ed evitare la sua evoluzione e disseminazione.

L'intervento può consistere in una **NEFROURETERECTOMIA (ASPORTAZIONE DEL RENE E DELLA VIA ESCRETRICE URINARIA) o NEFRECTOMIA PARZIALE (ASPORTAZIONE DI PARTE DEL RENE QUANTO LA NEOPLASIA SIA LIMITATA A UNA PICCOLA PARTE DEL RENE)**; si associa quando quando necessario **L'ASPORTAZIONE DEI LINFONODI LOCO-REGIONALI**.

Può, a volte, essere necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, allargandolo ad organi vicini, per la presenza di infiltrazione diretta o per ragioni di radicalità oncologica.

Questi interventi si eseguono in anestesia generale e possono comportare complicanze quali:

- emorragie ed ematomi postoperatori che potrebbero comportare la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni;
- lesioni della milza con la necessità di praticare una splenectomia (per le nefrectomie sinistre); tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con necessità di trattamento specifico
- lesioni pancreatiche con possibile pancreatite acuta e/o formazione di fistola pancreatica (per le nefrectomie sinistre);
- insorgenza di trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari;
- insufficienza renale, in caso di incompleta funzionalità del rene controlaterale che non riesca a mantenere in compenso la filtrazione renale, con necessità in alcuni casi di emodialisi
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.
- residueranno in ogni caso cicatrici a livello addominale.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza relativamente bassa, soprattutto se rapportate con l'entità dell'intervento che rimane l'unica cura che può garantire una guarigione definitiva da queste malattie; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIA GASTRICA

I **TUMORI DELLO STOMACO** sono malattie proliferative con possibile diffusione in altri organi. Per questa ragione è indicato l'intervento chirurgico, che ha lo scopo di asportare la malattia primitiva ed evitare la sua evoluzione e disseminazione.

L'intervento può consistere in una **GASTRECTOMIA TOTALE o SUBTOTALE** con eventuale **SPLENECTOMIA**; si associa solitamente **L'ASPORTAZIONE DEI LINFONODI LOCO-REGIONALI**, spesso si associa la **COLECISTECTOMIA**; per possibile defunzializzazione con difficoltà di svuotamento della stessa colecisti per denervazione. L'intervento di Gastrectomia Totale prevede l'asportazione completa dello stomaco e la sua sostituzione con un segmento di intestino tenue, mentre la Gastrectomia subtotale consiste nell'asportazione di circa i 4/5 dello stomaco e nell'abboccamento della porzione di stomaco residua ad un segmento di intestino tenue. Può, a volte, essere necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, allargandolo ad organi vicini, per la presenza di infiltrazione diretta o per ragioni di radicalità oncologica oppure eseguendo un intervento più limitato, in caso di ampia diffusione del tumore.

Questi interventi si eseguono in anestesia generale e possono comportare complicanze quali:

- emorragie ed ematomi postoperatori che potrebbero comportare la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni;
- deiscenze a carico delle anastomosi (suture) eseguite, con possibili fistole e fuoriuscita di materiale gastrico e/o biliare dai drenaggi; queste complicanze spesso si risolvono con terapia conservativa, ma che in alcuni casi possono determinare gravi evoluzioni infettive e richiedere il reintervento;
- lesioni della milza con la necessità di praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con necessità di trattamento specifico
- lesioni pancreatiche con possibile pancreatite acuta e/o formazione di fistola pancreatica;
- insorgenza di trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari;
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.
- residueranno in ogni caso cicatrici a livello addominale.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza relativamente bassa, soprattutto se rapportate con l'entità dell'intervento che rimane l'unica cura che può garantire una guarigione definitiva da queste malattie; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI CHIRURGICI PER LAPAROCELE O LOMBOCELE

Il **LAPAROCELE** è un difetto della parete addominale in sede di pregresso intervento per la cui guarigione è indicato intervento chirurgico. Si tratta in pratica di un'ernia che si forma in corrispondenza di una precedente incisione chirurgica e nella quale possono impegnarsi dei visceri addominali, anche con pericolo di strozzamento, più spesso di anse intestinali e che col passar del tempo le dimensioni dell'ernia tendono ad aumentare.

L'intervento chirurgico (che verrà in linea di massima eseguito in **anestesia generale**) consiste nel riposizionamento in cavità peritoneale del contenuto da esso fuoriuscito ed in una **PLASTICA PARIETALE** che potrà essere **DIRETTA** o con interposizione di **PROTESI** (che può essere riassorbibile, non riassorbibile o mista) e che la correzione potrà essere effettuata per via **CHIRURGICA APERTA** o per via **LAPAROSCOPICA**.

Potrebbe essere necessario durante l'intervento modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria anche convertendo la via d'approccio laparoscopica in laparotomica tradizionale, in caso di altre patologie associate o per impossibilità tecnica di proseguire per questa via e che potrebbe anche rendersi necessaria l'asportazione di anse intestinali e/o di omento.

Le possibili complicanze legate a questo intervento che possono essere di carattere generale e/o locale e possono essere:

- broncopolmonite, atelettasia, insufficienza respiratoria, soprattutto dovuti alle insufficienti escursioni respiratorie conseguenti all'allettamento, ai dolori ed alla compressione addominale in caso di grandi laparoceli.
- scompenso cardio-circolatorio.
- trombosi venosa profonda, possibili in tutti gli interventi anche, in presenza di una opportuna profilassi postoperatoria.
- infezioni cutanee, sieromi, ematomi che, tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- aderenze viscerali con occlusione intestinale: evenienza che, quando si verifica, in rari casi può richiedere anche un reintervento.
- infezione della protesi: è una complicanza grave, che se non viene a risoluzione con terapia medica, può rendere indispensabile un reintervento per la rimozione della protesi stessa.
- migrazione della protesi: evento raro che, tuttavia, può determinare una recidiva del laparocele
- fistole, evento molto raro da decubito della protesi sull'intestino con formazione di un tragitto dal quale può fuoriuscire materiale intestinale. E' una complicanza grave, che il più delle volte comporta l'infezione della protesi.
- recidiva del laparocele.

Residueranno in ogni caso una o più cicatrici a livello addominale, la cui entità dipenderà dalla via d'accesso.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza molto bassa, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

NOTA INFORMATIVA PER ASPORTAZIONE DI LINFONODI ADDOMINALI

L'intervento di ASPORTAZIONE DI LINFONODO addominale e/o retro peritoneale viene eseguito, spesso a scopo diagnostico, in REGIME DI RICOVERO e in anestesia GENERALE, l'approccio può essere laparotomico o laparoscopico.

Dopo controllo clinico, almeno di 24 ore qualora non vi siano complicazioni (sanguinamento, forte dolore...) o problematiche di ordine generale (in particolare cardio-respiratorie) il Paziente può essere dimesso.

Il Paziente dovrà osservare, nella giornate successive dell'intervento, riposo, evitando traumi, stress con dieta inizialmente leggera.

In caso di trattamento con anticoagulanti orali, sarà necessario sospenderli alcuni giorni prima dell'intervento e sostituirli con eparina a basso peso molecolare.

Le possibili complicanze legate a questi interventi sono:

- Ritardo di canalizzazione con addome disteso, episodi di vomito, dolori addominali
- Sanguinamenti, che a volte potrebbero anche richiedere nuovo intervento chirurgico
- infezioni cutanee, sieromi, ematomi di ferita che, solitamente vengono trattati in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- dolore locale generalmente temporaneo
- parestesie persistenti, di lieve entità, nella sede della cicatrice chirurgica
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, trombosi venose e possibili embolie ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Dinanzi alla comparsa di problematiche i Medici potrebbero giudicare necessario modificare la procedura concordata e il regime assistenziale (con eventuale ricovero o prolungamento del tempo di ricovero).

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI LINFOADENECTOMIA RADICALE DELL'ASCELLA O INGUINALE PER NEOPLASIA.

Lo **SVUOTAMENTO ASCELLARE O INGUINALE (LINFADENECTOMIA RADICALE)** (ovvero l'asportazione dei linfonodi ascellari di primo, secondo e a volte terzo livello o inguino crurali) può essere necessaria in presenza di neoplasia (frequentemente secondaria) che interessi i linfonodi dell'ascella. In particolare può essere indicata in presenza di metastasi ascellari da melanoma o di positività di linfonodo sentinella precedentemente asportato per melanoma..

Questo intervento può comportare complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e chirurgico.

In particolare sono possibili sanguinamenti locali con formazione di ematomi e infezione della ferita chirurgica.

In caso di linfoadenectomia, parziale o totale, le possibili sequele o complicanze sono:

- linfoedema cronico del braccio e dell'arto inferiore (ingrossamento del braccio o di gamba e coscia per difficoltoso scarico linfatico);
- raccolta di siero o linfa (sieroma, linfocele) nel cavo ascellare o inguinale che viene gestito ambulatorialmente con il drenaggio chirurgico (se ancora in sede) o con eventuali aspirazioni ;
- parestesie o altri disturbi neurotrofici del braccio e/o della parete toracica (il più delle volte temporanei), o della gamba e della coscia e da possibili lesioni di nervi con possibile sviluppo per l'ascella della cosiddetta "scapola alata".
- una complicanza possibile, anche se relativamente rara, è l'emorragia postoperatoria, che se non dominata con la compressione, può richiedere un reintervento.

Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

INFORMATIVA INTERVENTI LINFOADENECTOMIA RADICALE DELL'ASCELLA PER NEOPLASIA MAMMELLA

IL TUMORE della MAMMELLA è una malattia evolutiva; come tutti i tumori le reali cause sono sconosciute, anche se vi sono alcuni fattori che ne favoriscono la formazione e lo sviluppo. Soprattutto negli ultimi decenni, la possibilità di diagnosi precoce e di terapie sempre più efficaci hanno nettamente migliorato la prognosi con indici molto alti di guarigioni definitive.

In caso di linfonodi non palpabili e comunque non sospetti, si ricorrere all'asportazione del così detto **LINFONODO SENTINELLA**, che viene identificato con particolari metodiche, che prevedono la ricerca di un particolare linfonodo dell'ascella, mediante iniezione locale di un colorante vitale o con tecnica radioguidata, per mezzo dell'iniezione di una sostanza radioattiva. Se il linfonodo è negativo (cioè non è malato) non è necessario eseguire ulteriore asportazione di linfonodi. **La positività istologica (all'esame definitivo) ovvero la presenza di malattia nel linfonodo** o il mancato reperimento del linfonodo sentinella stesso rendono necessario procedere allo **SVUOTAMENTO ASCELLARE O LINFADENECTOMIA RADICALE** (ovvero l'asportazione dei linfonodi ascellari di primo, secondo e a volte terzo livello).

Questo intervento può comportare complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e chirurgico.

In particolare sono possibili sanguinamenti locali con formazione di ematomi e infezione della ferita chirurgica.

In caso di linfoadenectomia, parziale o totale, le possibili sequele o complicanze sono:

- linfedema cronico del braccio (ingrossamento del braccio per difficoltoso scarico linfatico);
- raccolta di siero o linfa (sieroma, linfocele) nel cavo ascellare che viene gestito ambulatorialmente con il drenaggio chirurgico (se ancora in sede) o con eventuali aspirazioni;
- parestesie o altri disturbi neurotrofici del braccio e/o della parete toracica (il più delle volte temporanei) e da possibili lesioni di nervi (ad es. nervo toracico lungo) con possibile sviluppo della cosiddetta "scapola alata".

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel. 0731534347- Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 - Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdruccioli tel. 07179092611 - 3386403604 (ore 10-14)



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

- una complicanza possibile, anche se relativamente rara, è l'emorragia postoperatoria, che se non dominata con la compressione, può richiedere un reintervento.

Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico
informativa

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel 0731534347- Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 - Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel.07179092611 - 3386403604 (ore 10-14)

INFORMATIVA INTERVENTI LINFOADENECTOMIA ASCELLARE O INGUINALE PER MELANOMA

Il **Melanoma** è una malattia evolutiva; come tutti i tumori le reali cause sono sconosciute, anche se vi sono alcuni fattori che ne favoriscono la formazione e lo sviluppo. Soprattutto negli ultimi decenni, la possibilità di diagnosi precoce e di terapie sempre più efficaci hanno nettamente migliorato la prognosi con indici molto alti di guarigioni definitive.

In caso di linfonodi palpabili e sospetti, si ricorrere all'asportazione del **LINFONODO per eseguire esame istologico e per modulare eventuali terapie successive.**

Questo intervento può comportare complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e chirurgico.

In particolare sono possibili sanguinamenti locali con formazione di ematomi e infezione della ferita chirurgica.

In caso di linfoadenectomia, parziale o totale, le possibili sequele o complicanze sono:

- linfedema cronico del braccio O DELLA GAMBA E COSCIA (ingrossamento per difficoltoso scarico linfatico);
- raccolta di siero o linfa (sieroma, linfocele) nel cavo ascellare che viene gestito ambulatorialmente con il drenaggio chirurgico (se ancora in sede) o con eventuali aspirazioni ;
- parestesie o altri disturbi neurotrofici del braccio e/o della parete toracica (il più delle volte temporanei) o della gamba da possibili lesioni di nervi con possibile sviluppo nell'ascella della cosiddetta "scapola alata".
- una complicanza possibile, anche se relativamente rara, è l'emorragia postoperatoria, che se non dominata con la compressione, può richiedere un reintervento.

Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

NOTA INFORMATIVA PER ASPORTAZIONE DI LINFONODI

L'intervento di ASPORTAZIONE DI LINFONODO può essere eseguito IN REGIME AMBULATORIALE o in REGIME DI RICOVERO, in anestesia locale, PERIFERICA O GENERALE in base alla localizzazione della lesione, alle sue dimensioni e alle condizioni del Paziente.

Dopo controllo clinico, qualora non vi siano complicazioni locali (sanguinamento forte dolore) o problematiche di ordine generale (in particolare cardio-respiratorie) può consentito lasciare l'ospedale nella stessa giornata, qualora il Paziente risieda nell'area urbana nella quale è ubicato l'Ospedale per poter eventualmente raggiungere l'Ospedale in breve tempo, in caso di necessità; dovranno inoltre esserci le condizioni per un adeguato sostegni di natura ambientale ed anche familiare.

Il Paziente dovrà osservare, nella giornata dell'intervento, riposo, evitando traumi, stress e raffreddamenti; in caso si presentasse importante sanguinamento o forte dolore che non risponde al trattamento analgesico, malessere, con difficoltà respiratoria, palpitazioni, senso di svenimento, dovrà contattare rapidamente i sanitari (che avranno lasciato recapiti telefonici) o recarsi in ospedale per controllo.

In caso di trattamento con anticoagulanti orali, sarà necessario sospenderli alcuni giorni prima dell'intervento e sostituirli con eparina a basso peso molecolare.

Le possibili complicanze legate a questi interventi sono:

- Persistenza di secrezione linfatica dalla ferita (soprattutto in presenza di pacchetti linfonodali non asportabili completamente), con necessità di medicazioni ambulatoriali
- infezioni cutanee, sieromi, ematomi che, tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- dolore locale generalmente temporaneo
- parestesie persistenti, di lieve entità, nella sede della cicatrice chirurgica

Dinanzi alla comparsa di problematiche i Medici potrebbero giudicare necessario modificare la procedura concordata e il regime assistenziale (con eventuale ricovero o prolungamento del tempo di ricovero).

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

INFORMATIVA LINFONODO SENTINELLA

Nelle **NEOPLASIA MAMMARIA MALIGNA** e nei **MELANOMI**, è previsto l'intervento chirurgico di asportazione della neoplasia con tessuto sano circostante (quadrantectomia o mastectomia per la mammella e ampia asportazione di cute, sottocute ed eventualmente di fascia muscolare nei melanomi).

E' inoltre necessario, per sapere lo stadio della malattia asportare i linfonodi che drenano la linfa dalla sede della malattia (solitamente i più vicini). Fino a pochi anni fa, nel tumore della mammella e in alcuni casi nel melanoma, si eseguiva l'asportazione completa dei linfonodi della regione interessata, con possibili complicazioni quali gonfiore dell'arto interessato (superiore o inferiore), raccolta di siero o linfa (sieroma, linfocele), parestesie o altri disturbi (il più delle volte temporanei) neurotrofici del braccio e/o della parete toracica e possibili lesioni di nervi (ad es. nervo toracico lungo) con possibile sviluppo della cosiddetta "scapola alata".

Negli ultimi anni è stato proposto come primo trattamento, l'**asportazione del LINFONODO SENTINELLA**; si tratta di una moderna tecnica che prevede la ricerca di un particolare linfonodo solitamente dell'ascella o dell'inguine, mediante iniezione locale di un colorante vitale o con tecnica radioguidata per mezzo dell'iniezione di una sostanza radioattiva. Solo questo linfonodo, se ritrovato, viene asportato e se risulta poi negativo (cioè sano) all'esame istologico si può evitare l'asportazione degli altri linfonodi della regione, perché solo in una piccolissima percentuale di casi il linfonodo sentinella" può risultare negativo anche in presenza di metastasi in altri linfonodi.

Peraltro la positività istologica o il mancato reperimento del linfonodo sentinella rendono necessario procedere all'asportazione degli altri linfonodi della regione.

Relativamente all'impiego del tracciante radioattivo, non sono segnalate complicanze specifiche ed inoltre la sostanza usata è solo debolmente radioattiva (l'assorbimento di una dose di radiazioni in seguito a ricerca del "linfonodo sentinella" è pari a quello che si verifica nel corso di 1-2 mammografie) e non provoca alcun problema alla Paziente, né a coloro che le stanno vicino.

Con questo intervento, che solitamente si esegue in anestesia locale, sono possibili alcune complicanze quali:

- ematoma (cioè raccolta di sangue) o infezione nella sede dell'intervento o lievi dolori locali
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel. 0731534347 – Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 – Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdruccioli tel.07179092611 – 3386403604 (ore 10-14)



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica,

Queste complicanze hanno comunque incidenza molto bassa; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo.

Firma del Medico
informativa

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel 0731534347– Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 – Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel.07179092611 – 3386403604 (ore 10-14)

INFORMATIVA INTERVENTI PER LITIASI COLECISTI

La **LITIASI O CALCOLOSI DELLA COLECISTI**, è una malattia determinata dalla formazioni di formazioni solide (calcoli) di varia natura (colesterina, bilirubinato di calcio, misti) che può determinare vari disturbi, tra cui difficoltà digestive (gonfiore, digestione lenta, bocca amara), coliche (dolori associati a volte a vomito) e complicanze, anche gravi, quali idrope (distensione con accumulo di liquido per impossibilità della colecisti a vuotarsi), colecistite (infezioni della colecisti) empiema (infezione con accumulo di pus), calcolosi del coledoco (con possibile comparsa di ittero), pancreatiti (cioè infiammazioni del pancreas) e lieve aumento di rischio rispetto alla popolazione senza calcoli, di tumore della colecisti.

Per queste ragioni è indicato intervento di **COLECISTECTOMIA** (cioè l'asportazione della colecisti) che si esegue preferibilmente per via **LAPAROSCOPICA** e in casi particolari per via **LAPAROTOMICA**.

L'intervento si esegue in anestesia generale. Durante l'intervento potrebbe essere necessario modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, per la presenza di anomalie anatomiche e/o di altre patologie non conosciute (calcolosi della via biliare principale, neoplasie della colecisti, fistole colecisto-duodenali, colecisto-coledociche etc...) o per impedimenti di carattere tecnico e che queste situazioni potrebbero richiedere, qualora l'intervento sia iniziato per via laparoscopica, anche la sua conversione nella via tradizionale, laparotomica, per poterlo concludere in tutta sicurezza.

Le possibili complicanze legate alla metodica chirurgica, pur se con rischio quantitativamente basso, sono:

- lesioni della via biliare extraepatica, che possono comportare perdita biliare più o meno importante (ramo biliare anomalo, deiscenza moncone cistico, lesione del dotto principale etc...) Tali lesioni possono richiedere procedure aggiuntive quali la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) o il drenaggio biliare transepatico (PTBD), etc. e talvolta reinterventi.
- lesioni vascolari di rami arteriosi dell'arteria epatica, possibili per la presenza di tenaci aderenze che coinvolgono l'albero biliare e/o le strutture vascolari per pregressi episodi infiammatori (colecistite) o per anomalie anatomiche;
- emorragie che, quando si verificano nel periodo postoperatorio, possono richiedere un reintervento;
- lesioni di visceri cavi, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti;
- pancreatite acuta, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Rappresenta una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali.
- calcolosi residua della via biliare principale, che potrebbe richiedere metodiche aggiuntive per la risoluzione del problema, come la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) nel corso della quale possono anche essere asportati calcoli;
- lesioni cicatriziali tardive di rami della via biliare extraepatica., possibili a distanza variabile di tempo dall'intervento;
- second look (ovvero un reintervento di completamento), in funzione del referto istologico della colecisti.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER LITIASI DEL COLEDOCO

La **COLELITIASI** con associata la **CALCOLOSI della Via Biliare** è la presenza di calcoli nella colecisti e nella via biliare principale. Negli ultimi anni i calcoli nella via biliare principale (epatico, coledoco) vengono preferibilmente asportati per via endoscopica; qualora questo non sia possibile è necessaria la loro rimozione con un intervento chirurgico.

L'intervento previsto consiste nella **COLECISTECTOMIA** (ovvero nell'asportazione della colecisti) ed in una **ESPLORAZIONE della Via Biliare Principale** con rimozione dei calcoli in essa presenti.

Durante l'intervento potrebbe essere necessario modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria ed alla associazione con altre patologie misconosciute (stenosi della via biliare principale, neoplasie, fistole colecisto-duodenali, colecisto-coledociche etc...).

L'intervento potrebbe comportare il ripristino del flusso biliare, creando una nuova via con una anastomosi bilio-digestiva (ovvero col drenaggio della bile nell'intestino) o con l'inserimento di drenaggi all'interno della via biliare stessa.

Questo interventi vengono eseguiti in **anestesia generale**; sono possibili complicanze di carattere generale connesse ad interventi maggiori (con coinvolgimento di apparato respiratorio, cardiocircolatorio, funzionalità renale ed epatica, apparato gastrointestinale), e specifiche legate più direttamente all'intervento quali:

- **lesioni vascolari** di rami arteriosi maggiori dell'arteria epatica, la cui terapia è in funzione della gravità del danno;
- **emorragie** che possono richiedere un reintervento chirurgico;
- **lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti o per la progressione neoplastica;
- **lesioni cicatriziali tardive** della via biliare extraepatica o delle anastomosi confezionate;
- **deiscenze postoperatorie** delle anastomosi confezionate con perdite biliari e/o ileali, che se non risolvibili con terapie conservative, possono richiedere reinterventi;
- **pancreatite acuta**, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Quest'ultima è una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-pancreatico.
- **calcolosi residua della via biliare principale**, che potrebbe richiedere metodiche aggiuntive per la risoluzione del problema, come la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) nel corso della quale possono anche essere asportati calcoli;
- **occlusioni intestinali**, specie se si ricorre al confezionamento di anastomosi bilio-digestive. Anche questa complicanza può richiedere un reintervento;
- **infezione** delle ferite chirurgiche.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza non molto elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER MALATTIA DIVERTICOLARE DEL COLON

La **MALATTIA DIVERTICOLARE** del colon è caratterizzata dalla formazione di diverticoli (piccole sacche) del colon che possono andare incontro a varia evoluzione e dare esito alla malattia diverticolare nelle sue varie forme. Solitamente la malattia diverticolare del colon si tratta con terapia medica e dieta adeguata. In alcuni casi peraltro possono presentarsi delle complicazioni, quali infezioni (micro perforazioni tamponate, anche con formazione di ascessi locali), stenosi (cioè restringimenti del colon che rendono difficile o impossibile il passaggio delle feci), sanguinamenti, fistolizzazione (cioè comunicazione) con altri organi cavi e a volte anche perforazioni con peritonite. La presenza di queste complicazioni e il fatto che si presentino più volte o situazioni di stenosi con grave stitichezza fino a episodi di occlusione o di fistole con altri organi cavi, possono rendere necessario un intervento chirurgico, che in caso di perforazione con peritonite deve essere eseguito d'urgenza.

L'interventi eseguibili sono vari: **RESEZIONE DI SIGMA** o **EMICOLECTOMIA SINISTRA** a seconda dell'estensione della malattia, che consiste nell'asportazione del sigma o di tutto il colon sinistro con ripristino del transito intestinale mediante un'anastomosi tra il colon ed il retto ed **EVENTUALE COLOSTOMIA DI PROTEZIONE**, che a distanza di circa tre mesi potrà essere chiusa ; **RESEZIONE DI SIGMA SECONDO HARTMANN** che consiste nell'asportazione del sigma con confezionamento di una **COLOSTOMIA TERMINALE** e la chiusura del retto; a distanza di circa tre mesi si potrà eseguire un secondo intervento per ripristinare la continuità intestinale ; **COLOSTOMIA ESCLUDENTE** che consiste nell'apertura dell'intestino a monte del tratto perforato nel caso che le condizioni intraoperatorie o lo stato del malato non consentissero una resezione immediata; in un secondo momento si potrà procedere alla **RESEZIONE DEL TRATTO DI COLON INTERESSATO DALLA MALATTIA** ed al ripristino del transito intestinale mediante un'anastomosi tra il colon discendente ed il retto; in un terzo tempo, si eseguirà **CHIUSURA DELLA COLOSTOMIA**

L'intervento si esegue solitamente per via laparotomica (ovvero con apertura dell'addome) o anche, in casi selezionati, laparoscopica con eventuale conversione alla laparotomia qualora le condizioni intraoperatorie lo richiedessero.

L'intervento verrà effettuato in anestesia generale; tuttavia, potrebbe essere necessario modificare l'intervento chirurgico programmato in rapporto alla valutazione intraoperatoria, qualora quello programmato non fosse tecnicamente possibile.

Questo interventi vengono eseguiti in **anestesia generale**; sono possibili complicanze di carattere generale connesse ad interventi maggiori (con coinvolgimento di apparato respiratorio, cardiocircolatorio, funzionalità renale ed epatica, apparato gastrointestinale), e specifiche legate più direttamente all'intervento quali:

- **lesioni della milza**, durante le manovre di mobilizzazione della flessura colica sinistra con conseguente necessità di dover praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un aumento delle piastrine, con rischio di

trombosi e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni., peraltro prevenibili con opportune vaccinazioni

- **emorragie ed ematomi post-operatori**, nonché lesioni dei grossi vasi addominali, che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivo.

- **complicanze settiche** da inquinamento intraoperatorio o da deiscenze anastomotiche con possibilità di fistole enteriche e talora necessità di reinterventi.

- **occlusione intestinale** da aderenze che possono comportare la necessità di reinterventi.

- **formazione di laparoceli** in corrispondenza della incisione chirurgica, che eventualmente può necessitare di un intervento ricostruttivo di plastica della parete.

- **insorgenza di disfunzioni della sfera genito-urinaria**: possono manifestarsi in una minima percentuale di casi a causa della lesione delle terminazioni nervose della regione pelvica.

- insorgenza di **trombosi venose profonde** ed eventuali embolie polmonari;

- formazione di un **versamento pleurico** e/o di pneumotorace, con eventuale necessità di un drenaggio pleurico;

- **malfunzionamento della stomia** o complicanze legate alla stessa quali prolapsi, ernie parastomali, ascessi o fistole.

- Insorgenza di **stenosi cicatriziale dell'anastomosi**, che spesso può essere risolta con semplici dilatazioni.

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica ecc.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza abbastanza bassa; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

La **MALATTIA DI CROHN** e la **RETTOCOLITE ULCEROSA** sono malattie infiammatorie croniche che può interessare tutto o parte dell'intestino (la retto colite ulcerosa solo il colon). La prima e principale cura è di tipo medico, con farmaci specifici. Qualora la terapia farmacologica non dia risultati è indicato intervento chirurgico. Questo avviene in presenza di importanti disturbi, quali diarrea importante e ripetuta associata sanguinamento con anemizzazione, occlusione o sub-occlusione intestinale (difficoltà o impossibilità ad espellere feci o aria), fistolizzazione (cioè comunicazione dell'intestino con altri organi o con la parete addominale o con il perineo), ascessualizzazione, perforazione con peritonite (peraltro rara), evoluzione verso una trasformazione maligna (molto rara), grave denutrizione e altre complicanze locali e/o sistemiche legate al trattamento prolungato con farmaci immunosoppressori o cortisonici.

L'intervento può consistere in una: **RESEZIONE DEL PICCOLO INTESTINO**, ovvero nell'asportazione del/dei tratto/i intestinale/i coinvolto/i dalla malattia con ricostruzione del transito intestinale mediante abboccamento dell'ansa intestinale residua al colon (ileo-colica) o ad un'altra ansa del tenue (ileo-ileale); nella **STRICTUROPLASTICA** ossia nell'allargamento di un tratto ristretto dell'intestino mediante una incisione longitudinale e sutura trasversale o mediante una lunga anastomosi latero-laterale; nella **RESEZIONE SEGMENTARIA DEL COLON** con asportazione di un segmento di colon destro o sinistro o del trasverso e ricostruzione del transito intestinale mediante anastomosi colon-colica o colon-rettale; nella **COLECTOMIA TOTALE CON ILEO-RETTO ANASTOMOSI**, che consiste nell'asportazione completa del colon con ricostruzione mediante ileo-retto anastomosi; nell'amputazione **DEL RETTO CON COLOSTOMIA TERMINALE** cioè asportazione del retto e dell'ano con confezionamento di colostomia terminale; nella **PROCTOCOLECTOMIA TOTALE CON ILEOSTOMIA PERMANENTE** ovvero nell'asportazione completa del colon, del retto e dell'ano con costruzione di un'ileostomia terminale permanente; nella **COLECTOMIA TOTALE CON ILEOSTOMIA ED AFFONDAMENTO DEL MONCONE RETTALE** ossia asportazione completa del colon, chiusura del moncone rettale ed ileostomia terminale. Questo intervento viene eseguito nei casi di colite grave per i quali si preferisce eseguire l'intervento di ricostruzione in un tempo successivo al fine di ridurre i rischi di complicanze o qualora una grave sepsi pelvica perianale controindichi un'amputazione immediata del retto: l'**EVENTUALE ILEOSTOMIA DI PROTEZIONE** può essere eseguita, quando esista il dubbio di una non perfetta tenuta dell'anastomosi di ricongiungimento del tratto intestinale asportato, per le difficili condizioni locali al da deiscenza dell'anastomosi, la stomia potrà poi essere chiusa con un successivo intervento.

Questi interventi si eseguono in anestesia generale e possono comportare complicanze quali:

- **lesioni della milza**, durante le manovre di mobilizzazione della flessura colica sx con conseguente eventualità di dover praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento delle piastrinemia, con rischio di trombosi, e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni, peraltro prevenibile con opportune vaccinazioni

- **emorragie ed ematomi post-operatori**, nonché lesioni dei grossi vasi addominali, con possibilità di reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni
- **complicanze settiche** da inquinamento intraoperatorio o da deiscenze anastomotiche con possibilità di fistole perianali, enteriche o vaginali e talora necessità di reinterventi.
- **occlusione intestinale** da aderenze che possono comportare la necessità di reinterventi
- **disfunzioni della sfera genito-urinaria**: possono manifestarsi in una minima percentuale di casi a causa della lesione delle terminazioni nervose della regione pelvica.
- **versamento pleurico e/o pneumotorace**, con eventuale necessità di un drenaggio pleurico; **trombosi venose profonde** ed eventuali embolie polmonari;
- **laparoceli** in corrispondenza della incisione chirurgica, che eventualmente può necessitare di un intervento ricostruttivo di plastica della parete.
- **malfunzionamento della stomia** o complicanze legate alla stessa quali prolassi, ascessi o fistole.
- **stenosi cicatriziale dell'anastomosi** che potrebbe necessitare di dilatazioni.
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) che possono verificarsi soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), e sono più frequenti quando l'intervento venga eseguito in urgenza a seguito di complicanze infettive; peraltro si possono manifestare anche in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica ecc.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza non molto elevata; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIE ENDOCRINE DEL PANCREAS

LE NEOPLASIE PANCREATICHE ENDOCRINE QUALI L' INSULINOMA, IL GASTRINOMA, IL GLUCAGONOMA, IL VIPOMA sono neoplasie che possono essere di natura benigna o maligna, a volte asintomatiche, ma spesso responsabili di una sintomatologia particolare determinata dalla eccessiva secrezione di ormoni da parte del tumore.

Le indagini preoperatorie eseguite a volte non riescono a stabilirne la sede e la natura, anche perché talvolta si possono trovare al di fuori del pancreas (nel duodeno, stomaco, intestino, ecc.), a volte inoltre questo tumore può far parte di una Sindrome multiendocrina (MEN1), caratterizzata anche da altri tumori già presenti o che si potranno sviluppare in altri organi.

Per questi tumori è indicato l'intervento chirurgico che potrà variare da una **ENUCLEORESEZIONE** (asportazione solo del tumore) ad una **PANCREASECTOMIA** (asportazione di una parte più o meno estesa o di tutto il pancreas).

Questo interventi, a seconda della natura (benigna o maligna), della sede (testa, corpo o coda del pancreas) e dell'estensione della lesione, potranno comportare l'asportazione del solo tumore, di porzioni limitate o di tutto il pancreas, spesso anche insieme ad organi contigui (colecisti, parte della via biliare, duodeno e porzione di stomaco e della milza), a seconda che debba essere asportata la parte destra o sinistra del pancreas o quando il tumore è troppo grande o situato in zone della ghiandola dove non è possibile eseguirne l'enucleazione.

A volte, nonostante una accurata ricerca, anche con indagini intraoperatorie, non si riesce a trovare il tumore, per cui si può decidere di eseguire una resezione pancreatica o di astenersi dal fare altro, rinviando ad un secondo tempo, dopo ulteriori indagini, la definizione della malattia, nel frattempo il controllo della sintomatologia sarà affidato alla terapia medica.

Tra i rischi di queste malattie vi è possibilità che il tumore recidivi o si riformi in un'altra porzione pancreatica, a distanza variabile di tempo dall'intervento, indipendentemente dalla sua completa asportazione. Questo può verificarsi più frequentemente quando il tumore pancreatico fa parte di una Sindrome Poliendocrina (MEN1).

Questi interventi si seguono in anestesia generale e possono essere gravati da **complicanze immediate o tardive**, quali:

- **emorragia digestiva o intraddominale**: per la quale potrebbe essere necessario un reintervento per la necessaria emostasi;
- **fistola biliare e/o pancreatica e/o digestiva**: che potrà richiedere un prolungamento della prevista degenza, ritardi nella ripresa dell'alimentazione ed il protrarsi della nutrizione artificiale;
- **ascesso addominale**, con necessità di drenaggio con o senza intervento;
- **protratta paralisi gastrica**, con necessità di ricorrere per 2-3 settimane alla nutrizione artificiale o mantenere più a lungo il sondino nasogastrico;
- **diabete mellito**, se in precedenza non fosse presente ovvero aggravamento dello stesso, se precedentemente presente;
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o

sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza non molto elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIE PANCREAS ESOCRINO

La **NEOPLASIA PANCREATICA ESOCRINA** è una malattia evolutiva.

Si tratta di forme neoplastiche che possono essere di natura benigna o maligna e spesso le indagini preoperatorie eseguite non riescono a stabilirne con precisione la natura. In ogni caso è quasi sempre indicato l'intervento chirurgico di **PANCREASECTOMIA** (asportazione di una parte o di tutto il pancreas) unica terapia che può permettere la guarigione definitiva. Questo intervento, a seconda della natura (benigna o maligna), della sede (testa, corpo o coda del pancreas) e dell'estensione della malattia, comporterà l'asportazione di porzioni limitate o di tutto il pancreas spesso anche insieme ad organi contigui (colecisti, parte della via biliare, duodeno e porzione di stomaco e della milza), a seconda che debba essere asportata la parte destra o sinistra del pancreas.

Durante l'intervento potrebbe essere necessario modificare la tattica operatoria in rapporto alla valutazione intraoperatoria anche integrando la cura con altri provvedimenti.

Questo interventi vengono eseguiti in **anestesia generale**; sono possibili complicanze di carattere generale connesse ad interventi maggiori (con coinvolgimento di apparato respiratorio, cardiocircolatorio, funzionalità renale ed epatica, apparato gastrointestinale), e specifiche legate più direttamente all'intervento quali:

- **emorragia digestiva o intraddominale**: per la quale potrebbe essere necessario un reintervento per la necessaria emostasi;
- **fistola biliare e/o pancreatica e/o digestiva**: che potrà richiedere un prolungamento della prevista degenza, ritardi nella ripresa dell'alimentazione ed il protrarsi della nutrizione artificiale;
- **ascesso addominale**, con necessità di drenaggio con o senza intervento;
- **protratta paralisi gastrica**, con necessità di ricorrere per 2-3 settimane o più alla nutrizione artificiale o mantenere più a lungo il sondino nasogastrico;
- **diabete mellito**, se in precedenza non fosse presente ovvero aggravamento dello stesso, se precedentemente presente;

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza moderatamente elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo.

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

INFORMATIVA INTERVENTI PER NODULI MAMMELLA

La **PATOLOGIA NODULARE MAMMARIA**, in particolare quando gli accertamenti eseguiti depongono per lesione benigna o quando si voglia accertare con sicurezza la reale natura di una lesione mammaria può prevedere l'intervento chirurgico di **ASPORTAZIONE**.

La patologia benigna della mammella può essere molto varia e presentarsi sotto diversa forma sia nelle giovani donne (fibroadenoma) ma più spesso come espressione di un processo di invecchiamento che si verifica nella mammella normale nel corso della vita di una donna. L'asportazione di queste patologie benigne è essenzialmente motivata dalla necessità di eseguire una biopsia per escludere la presenza di un tumore maligno, dal rapido accrescimento di un nodulo, dalla presenza di secrezioni fastidiose, e, a volte, anche dalla richiesta della Paziente per il perpetrarsi di uno stato di incertezza e ansia che peggiora sensibilmente la qualità di vita..

L'intervento si svolge preferibilmente in anestesia locale, a volte è necessario localizzare, subito prima dell'intervento, la lesione con ecografia o mammografia anche posizionando un piccolo ago metallico a uncino.

Quando le lesioni sono molto piccole e non identificabili se non con esami strumentali è possibile, in alcuni casi, che durante l'intervento, la lesione, anche se preventivamente localizzata in eco o mammografia, non venga repertata.

In questo caso sono necessari controlli eco/o mammografici dopo breve tempo ed eventuale ripetizione della procedura

In base al referto istologico definitivo della lesione asportata verranno prospettate eventualmente necessità di ulteriore terapie.

Sono possibili alcune **complicanze immediate o tardive**, legate alla procedura chirurgica, quali:

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel. 0731534347- Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 - Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel. 07179092611 - 3386403604 (ore 10-14)



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

- **ematoma, sieroma, dolore postoperatorio** (peraltro sempre di lieve entità).
- complicanze di ordine estetico (**cheloidi e cicatrici**).
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello,ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza molto bassa; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico
informativa

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel 0731534347- Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 - Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel.07179092611 - 3386403604 (ore 10-14)

INFORMATIVA INTERVENTI PER PNEUMOTORACE

Il **PNEUMOTORACE SPONTANEO, PRIMITIVO O SECONDARIO** è caratterizzato dalla presenza di aria in cavità toracica con conseguente collasso parziale o totale del polmone, dovuto più spesso alla formazione di bolle nel polmone che possono rompersi a seguito di violenti colpi di tosse o di altre situazioni (traumi, ecc.), anche traumi con associate fratture costali possono essere la causa di questa situazione patologica.

Quasi sempre (a parte i casi in cui la quantità di aria è molto piccola) è indicato tempi brevi il **posizionamento chirurgico di un drenaggio toracico**, cioè di un tubo nel cavo toracico, che collegato ad un apposito presidio fornito di una valvola ad acqua solitamente in aspirazione. Una volta ottenuto la fuoriuscita di aria dal cavo pleurico e la riespansione del polmone, potrebbe successivamente essere necessario un ulteriore trattamento chirurgico, che potrebbe consistere in una asportazione della/e bolle/e e/o nelle pleurodesi (adesione tra i due foglietti pleurici) **chirurgica o chimica**.

Questa metodica, viene eseguita in **anestesia locale** può comportare, complicanze quali:

- Persistenza di **perdita di aria**, con ritardata riespansione del polmone e necessità di mantenere un drenaggio toracico anche per parecchi giorni o di posizionare un altro drenaggio.
- **Sanguinamento locale**
- **suppurazione** della ferita chirurgica o del cavo pleurico.
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologia

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER RAGADE ANALE

La **RAGADE ANALE** è una patologia determinata da un'ulcera (ferita) a livello della regione anale, più frequentemente in posizione posteriore e più raramente in sede anteriore, che provoca solitamente forte dolore locale, che persiste spesso ore dopo l'evacuazione; quasi sempre si associa contrazione riflessa dei muscoli (sfintere interno) che aumenta il dolore e impedisce la guarigione della lesione, frequenti sono i sanguinamenti locali.

Quando non vi sia stata risposta al trattamento medico (con farmaci che rilasciano lo sfintere, analgesici e dilatazioni), è indicato il trattamento chirurgico.

L'intervento previsto consiste nella **SFINTEROTOMIA** (ovvero nella sezione parziale e permanente dello sfintere interno) allo scopo di ridurre l'ipertono sfinterico. Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

Nella gran parte dei casi viene eseguito in **anestesia locale** nel corso di un breve ricovero. possibili complicanze all'intervento per ernia possono essere di carattere locali e raramente generali.

Fra le complicanze locali, ve ne sono alcune immediate:

- la formazione di **ematomi** con successiva possibile **infezione** e formazione di **ascesso** che richiede un drenaggio;
- brevi episodi di **incontinenza ai gas**;
- **sanguinamento locale**.

Alcune complicanze locali possono essere tardive:

- **lieve incontinenza alle feci ed ai gas**, sia pure molto raramente;
- **recidiva della ragade**.

Il trattamento di queste complicanze (in particolare quelle precoci) può allungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche, anche il **reintervento chirurgico**.

Sono segnalate inoltre anche complicanze generali (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.), che peraltro possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo.

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

INFORMATIVA INTERVENTI DI RICOSTRUZIONE DOPO CHIRURGIA PER NEOPLASIA DELLA MAMMELLA

Gli interventi per **TUMORE della MAMMELLA** possono essere conservativi **QUADRANTECTOMIA** (ovvero asportazione di un quadrante della mammella sede del tumore) con asportazione di linfonodo sentinella o svuotamento ascellare o demolitivi **MASTECTOMIA** (ovvero nella completa asportazione della mammella e raramente la parziale o totale asportazione dei muscoli pettorali) con conservazione a volte di parte di cute e/o del capezzolo a seconda delle dimensioni del tumore e della diffusione della malattia; anche in questo caso si potrà eseguire asportazione di linfonodo sentinella o svuotamento ascellare, a seconda del caso.

In caso di intervento di mastectomia (ovvero di asportazione completa della mammella), molto più raramente in caso di quadrantectomia per ovviare alla assenza totale o parziale della mammella, si può procedere, nel corso dello stesso intervento o in un tempo successivo, ed in assenza di controindicazioni, alla sua ricostruzione mediante posizionamento di una **PROTESI- ESPANSORE SOTTOMUSCOLARE** (che verrà sostituita a distanza di qualche mese con una protesi definitiva eseguendo un'altro piccolo intervento chirurgico) o di una **PROTESI SOTTOMUSCOLARE DEFINITIVA** eventualmente con ausilio di reti protesiche che possono facilitare il posizionamento delle protesi definitive ampliando lo spazio al di sotto del muscolo .

In alcuni casi, soprattutto quando la mammella controlaterale sia di grosse dimensioni e presenti ptosi (fisiologico abbassamento verso il basso della ghiandola con il complesso areola capezzolo), per ottenere un risultato simmetrico buono (cioè mammelle con dimensioni e altezza simili) può essere indicato eseguire mastopessi di innalzamento eventualmente riduttiva (cioè alzare e d eventualmente ridurre di dimensioni la mammella controlaterale) con un intervento di plastica.

Qualora il risultato estetico non fosse ottimale, ed in particolare in caso di carenza tessuto con asimmetria (possibile sia dopo posizionamento di protesi, ma anche dopo semplice quadrantectomia soprattutto in pazienti sottoposte a

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel 0731534347- Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 – Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel.07179092611 – 3386403604 (ore 10-14)



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

radioterapia che riduce l'elasticità dei tessuti e ne può determinare retrazione), si può ovviare attraverso trattamento di

LIPOFILLING

Il **lipofilling mammario** si esegue in sala operatoria, sottoponendo la paziente ad anestesia spinale o generale.

Questa tecnica prevede l'utilizzo di un piccolo ago collegato a una siringa, per estrarre il grasso in eccesso dal sito donatore (generalmente addome, fianchi o cosce) nelle quantità necessaria e infiltrarlo nel seno. Il grasso viene opportunamente trattato e iniettato con siringhe nelle sedi ove si vuole sopperire alla carenza del tessuto per simmetrizzare la mammella con quella controlaterale.

Gli aghi utilizzati sono piccoli per cui al termine dell'operazione non restano solitamente segni visibili, eccetto piccole cicatrici di circa 3 mm, localizzate nella zona di prelievo dell'adipe.

L'intervento si può ripetere più volte fino a raggiungere i risultati desiderati.

Il ritorno alle attività quotidiane potrà avvenire dopo solo una settimana di riposo, durante la quale la paziente non dovrà sottoporre a sforzi o compressioni le aree trattate e quelle di prelievo (cosce, fianchi, ginocchia e addome).

Attività lavorative di ufficio potranno essere riprese, però, già dal giorno seguente all'intervento, mentre sarà necessario astenersi dall'attività sportiva per almeno 3-4 settimane.

Come tutti gli interventi anche quelli ricostruttivi possono comportare complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e chirurgico.

In particolare sono possibili **sanguinamenti locali con formazione di ematomi e infezione della ferita chirurgica**, complicanze peraltro tipiche di ogni intervento chirurgico.

Le possibili **complicanze legate all'inserimento sottomuscolare di un espansore o di una protesi** sono:

- la formazione di un ematoma o di un sieroma, l'infezione, la rottura e/o la dislocazione del dispositivo impiantato e la rigidità o contrattura capsulare. Se queste complicanze non si risolvono in maniera conservativa, può rendersi necessario un reintervento chirurgico, per la rimozione del dispositivo impiantato.

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel.0732707619 Ospedale Jesi amb. tel 0731534347- Osp. Senigallia amb.07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 - Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel.07179092611 - 3386403604 (ore 10-14)



UNITA' SENOLOGICA MULTIDISCIPLINARE (USMAV2)



U.O.C. CHIRURGIA GENERALE DIRETTORE Francesco Albanese

Le complicanze specifiche del lipofilling sono rappresentate

- da ecchimosi, che possono verificarsi sia nella zona donatrice che in quella ricevente,
- infezioni,
- irregolarità cutanee
- formazione di cisti a contenuto lipidico (oil cyst), calcificazioni (diverse da quelle osservabili in conseguenza dello sviluppo di una neoplasia mammaria), e nodularità palpabili.

Queste complicanze raramente richiedono un trattamento chirurgico ma solo dei controlli periodici nel tempo.

Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota

Prenotazione visite: CUP tel.800098798

Ambulatori Diagnostica e Terapia

Osp. Fabriano amb. tel. 0732707619 Ospedale Jesi amb. tel. 0731534347- Osp. Senigallia amb. 07179092682

Ambulatori e Diagnostica Loreto amb. tel. 0717509210 - Crass Ancona Poliambulatorio 2000 tel. 0712866600

Case Manager Cinzia Sdrucchioli tel. 07179092611 - 3386403604 (ore 10-14)

INFORMATIVA INTERVENTI PER SINDROME ADERENZIALE

La **SINDROME ADERENZIALE**, diagnosi prevalentemente clinica, è un'affezione dovuta nella maggior parte dei casi a delle connessioni stabili cicatriziali dette "aderenze" tra intestino ed intestino e/o tra intestino e parete addominale e/o tra intestino e visceri addominali, che possono generare delle trazioni o delle costrizioni che determinano o una sindrome dolorosa o una parziale interruzione anche temporanea del transito intestinale.

I sintomi principali sono: dolori addominali, gonfiore, digestione lenta e difficile, stitichezza, episodi di sub-occlusione o occlusioni completa dell'intestino (cioè impossibilità ad espellere feci e aria). Quando questi disturbi diventano importanti, frequenti o continui è indicato l'intervento chirurgico con duplice intento, diagnostico e terapeutico; il primo è quello di confermare e precisare la diagnosi, il secondo è quello di poter risolvere la sindrome.

L'**intervento chirurgico** si esegue in anestesia generale e **consiste in sezione delle aderenze fibrose** che possono cingere, costringere e strozzare o più semplicemente bloccare le anse intestinali tra di loro, tra esse e la parete addominale o tra esse e gli altri organi contenuti nell'addome.

L'intervento si può eseguire in **Laparotomia** (mediante un'incisione della parete addominale) o in **Laparoscopia** (con piccoli fori d'accesso e con visione mediante una telecamera), a seconda delle possibilità tecniche locali e delle condizioni generali esistenti al momento; a volte le condizioni locali possono impedire il completamento dell'intervento in laparoscopia e può essere necessaria la sua conversione in laparotomia.

Questi interventi possono comportare complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e chirurgico:

- lesioni vascolari con sanguinamento e necessità a volte di nuovo intervento
- lesioni di organi interni in particolare di anse intestinali con necessità di trattamento immediato mediante sutura o resezione anastomosi
- possibile recidiva della sindrome aderenziale
- occlusione intestinale postoperatoria precoce o tardiva, con necessità di un nuovo intervento anche dopo mesi o anni
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Tutte queste complicanze hanno comunque bassa incidenza; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIE BENIGNE STOMACO

LE NEOPLASIE BENIGNE DELLO STOMACO, sono neoformazioni a volte ulcerate (**ULCERE PEPTICHE**), a volte aggettanti nella cavità dello stomaco (**POLIP**), a volte localizzate nella parete dello stomaco stesso (**TUMORI STOMALI**) per le quali, in rapporto alle loro dimensioni, al loro accrescimento, a complicanze quali sanguinamenti o stenosi (restringimenti) o al rischio di degenerazione e nell'impossibilità di essere curate con i farmaci o rimosse per via endoscopica, può essere indicato l'intervento chirurgico.

L'intervento indicato è solitamente la **RESEZIONE GASTRICA**.

Questo intervento prevede la chiusura del duodeno, l'asportazione di parte dello stomaco e l'abboccamento della porzione che rimane ad un'ansa dell'intestino, per ristabilire la continuità digestiva.. In alcuni casi può essere necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, riducendo la quantità di stomaco da resecare o applicando tecniche particolari per la chiusura del duodeno o il posizionamento di drenaggio al suo interno se la chiusura stessa del duodeno questa fosse resa difficoltosa o impossibile per la presenza di ulcere callose e/o penetranti nel pancreas.

Questo intervento può comportare complicanze quali:

- emorragie ed ematomi postoperatori che potrebbero comportare la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni,
- deiscenze a carico delle anastomosi eseguite, che spesso si risolvono con terapia conservativa, ma che in alcuni casi possono richiedere il reintervento;
- lesioni della milza con la necessità di praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con necessità di terapia e profilassi specifiche;
- lesioni pancreatiche con possibile pancreatite acuta e/o formazione di fistola pancreatica;
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, trombosi venose e possibili embolie ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Residueranno in ogni caso una o più cicatrici a livello addominale.

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza relativamente bassa, soprattutto se rapportate con l'entità dell'intervento che rimane la cura indicata per la guarigione definitiva da queste malattie; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

NOTA INFORMATIVA PER ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONI TESSUTI MOLLI

L'intervento di ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI TESSUTI MOLLI può essere eseguito IN REGIME AMBULATORIALE o in REGIME DI RICOVERO, in anestesia locale, PERIFERICA O GENERALE in base alla localizzazione della lesione, alle sue dimensioni e alle condizioni del Paziente.

Dopo controllo clinico, qualora non vi siano complicazioni locali (sanguinamento forte dolore) o problematiche di ordine generale (in particolare cardio-respiratorie) può consentito lasciare l'ospedale nella stessa giornata, qualora il Paziente risieda nell'area urbana nella quale è ubicato l'Ospedale per poter eventualmente raggiungere l'Ospedale in breve tempo, in caso di necessità; dovranno inoltre esserci le condizioni per un adeguato sostegni di natura ambientale ed anche familiare.

Il Paziente dovrà osservare, nella giornata dell'intervento, riposo, evitando traumi, stress e raffreddamenti; in caso si presentasse importante sanguinamento o forte dolore che non risponde al trattamento analgesico, malessere, con difficoltà respiratoria, palpitazioni, senso di svenimento, dovrà contattare rapidamente i sanitari (che avranno lasciato recapiti telefonici) o recarsi in ospedale per controllo.

In caso di trattamento con anticoagulanti orali, sarà necessario sospenderli alcuni giorni prima dell'intervento e sostituirli con eparina a basso peso molecolare.

Le possibili complicanze legate a questi interventi sono:

- infezioni cutanee, sieromi, ematomi che, tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi.
- dolore locale generalmente temporaneo
- parestesie persistenti, di lieve entità, nella sede della cicatrice chirurgica

Dinanzi alla comparsa di problematiche i Medici potrebbero giudicare necessario modificare la procedura concordata e il regime assistenziale (con eventuale ricovero o prolungamento del tempo di ricovero).

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER PATOLOGIA BENIGNA DELLA TIROIDE

Le patologie benigne della tiroide sono malattia della ghiandola tiroide e sono di vario tipo e natura; possono essere normofunzionanti (con produzione di ormoni tiroidei nella norma), iperfunzionanti (con produzione di ormoni tiroidei superiore alla norma), ipofunzionanti (con produzione di ormoni tiroidei inferiori alla norma); si possono presentare sotto forma di : **Aumento di volume totale (Struma), Noduli singoli (Adenomi, Adenoma tossico di Plummer) o Multipli (Gstruma plurinodulare o struma plurinodulare tossico); Malattia diffusa iperfunzionante (M. di Basedow).**

I disturbi che si possono presentare sono vari: dimagrimento, ansia nervosismo, evacuazioni multiple, aritmie cardiache, fino allo scompenso cardiaco se la tiroide produce ormoni in eccesso; aumento di peso, stanchezza, difficoltà a svolgere le normali attività sia fisiche che intellettuali, stitichezza se al contrario gli ormoni prodotti sono insufficienti. In caso di strumi voluminosi potrebbero presentarsi difficoltà a respirare, a deglutire, cambiamenti del timbro della voce.

Dopo adeguati controlli ed eventuale trattamento medico, soprattutto in caso di mancata risposta a questi trattamenti, può essere indicato intervento chirurgico che può essere di **TIROIDECTOMIA TOTALE**(asportazione totale della tiroide) **EMITIROIDECTOMIA** (asportazione parziale della tiroide), più raramente Nodulectomia (asportazione del solo nodulo tiroideo)Durante l'intervento può comunque essere necessario modificare la tattica chirurgica programmata, in rapporto alla valutazione intraoperatoria .

Questi interventi si eseguono in anestesia generale e possono comportare complicanze quali:

- la lesione temporanea o definitiva dei nervi laringei che innervano i muscoli delle corde vocali, con conseguenti alterazioni anche gravi (temporanee o permanenti) della voce e possibili difficoltà respiratorie che potrebbero comportare anche la necessità di una tracheostomia. Le alterazioni fonatorie possono manifestarsi con voce rauca, soffiata, diplofonica, di falsetto o anche con alterazioni del timbro, del tono, dell'estensione, dell'intensità e dell'affaticabilità vocale con difficoltà anche ad intonare il canto. A queste alterazioni della voce possono associarsi anche alterazioni deglutitorie.
- la riduzione di funzionalità delle ghiandole paratiroidi con conseguente alterazione (temporanea o permanente) del quantitativo di calcio e fosforo nel sangue e, quindi, la necessità di assumere terapia a base di calcio e vitamina D molto raramente anche per tutta la vita.
- emorragie ed ematomi post-operatori che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico.
- la necessità di un reintervento cosiddetto di completamento, sia sulla tiroide (quando questa non sia stata asportata completamente) sia sui linfonodi locoregionali del collo, quando a seguito dell'esame istologico definitivo se ne ravvisasse la necessità.
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

In caso di asportazione completa della tiroide sarà necessario assumere per tutta la vita una terapia a base di ormoni tiroidei; residuerà una cicatrice chirurgica a livello cervicale.

La frequenza delle complicanze descritte è relativamente bassa; peraltro tutti gli interventi chirurgici ed in particolare quelli sulla tiroide, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi in quanto sia i nervi laringei sia le ghiandole paratiroidi possono andare incontro a sofferenza temporanea o definitiva anche per una serie di cause che prescindono dal corretto trattamento chirurgico (esposizione dei nervi, eventi cicatriziali, sofferenze da freddo o da calore, sofferenza vascolare e altre cause non ancora conosciute); l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo .

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER NEOPLASIE DELLA TIROIDE

I **TUMORI DELLA TIROIDE** sono malattie evolutive della ghiandola tiroide, che possono determinare infiltrazioni locali o diffusione a distanza. Peraltro, soprattutto le forme differenziate, se adeguatamente trattate hanno un'ottima prognosi con guarigione definitiva quasi nella totalità dei casi.

Per ottenere la guarigione è peraltro sempre necessario un intervento chirurgico di **TIROIDECTOMIA TOTALE** (asportazione totale della tiroide), associando di regola l'**ASPORTAZIONE DEI LINFONODI ANTERIORI (VI STAZIONE)** e in caso di malattia diffusa ai linfonodi, la **LINFOADENECTOMIA LATERO-CERVICALE FUNZIONALE DEL COLLO**.

Durante l'intervento può comunque essere necessario modificare la tattica chirurgica programmata, in rapporto alla valutazione intraoperatoria.

Questi interventi possono comportare complicanze quali:

- la lesione temporanea o definitiva dei nervi laringei che innervano i muscoli delle corde vocali, con conseguenti alterazioni anche gravi (temporanee o permanenti) della voce e possibili difficoltà respiratorie che potrebbero comportare anche la necessità di una tracheostomia. Le alterazioni fonatorie possono manifestarsi con voce rauca, soffiata, diplofonica, di falsetto o anche con alterazioni del timbro, del tono, dell'estensione, dell'intensità e dell'affaticabilità vocale con difficoltà anche ad intonare il canto. A queste alterazioni della voce possono associarsi anche alterazioni deglutitorie.
- la riduzione di funzionalità delle ghiandole paratiroidi con conseguente alterazione (temporanea o permanente) del quantitativo di calcio e fosforo nel sangue e, quindi, la necessità di assumere terapia a base di calcio e vitamina D molto raramente anche per tutta la vita.
- emorragie ed ematomi post-operatori che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico.
- infezioni della ferita chirurgica
- in caso di linfectomia (ovvero l'asportazione di linfonodi centrali e/o laterali ed eventualmente mediastinici) o anche l'asportazione di altre strutture (come i muscoli, porzioni di trachea, nervi, ecc. nel caso queste fossero interessate dalla malattia, peraltro evenienza questa molto rara), ciò che potrebbe ulteriormente aumentare l'incidenza delle complicanze già segnalate, nonché causarne altre. Tra queste lesioni di strutture nervose come il nervo accessorio spinale (con conseguente alterazione della motilità della spalla), il nervo frenico (con alterazione della motilità del diaframma e influenza sull'attività respiratoria), il nervo ipoglosso (con alterazione della motilità della lingua), il nervo vago (con paralisi delle corde vocali ed alterazione del ritmo cardiaco), il sistema ortosimpatico (con alterazione del calibro della pupilla oculare); lesioni di strutture vascolari (arteria carotide e vena giugulare); lesione del dotto toracico (con conseguente perdita di linfa di colore lattescente dal drenaggio o di formazione di una raccolta linfatica) che può richiedere un reintervento.
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o

sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

In caso di asportazione completa della tiroide sarà necessario assumere per tutta la vita una terapia a base di ormoni tiroidei; residuerà una cicatrice chirurgica a livello cervicale.

La cura dei tumori della prevede sempre un iter pluridisciplinare, con frequente indicazione a eseguire nel post-operatorio scintigrafia total body e siderazioni di foci residui e necessità di un continuo follow up negli anni successivi ai trattamenti.

La frequenza delle complicanze descritte è relativamente bassa; peraltro tutti gli interventi chirurgici ed in particolare quelli sulla tiroide, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi in quanto sia i nervi laringei sia le ghiandole paratiroidi possono andare incontro a sofferenza temporanea o definitiva anche per una serie di cause che prescindono dal corretto trattamento chirurgico (esposizione dei nervi, eventi cicatriziali, sofferenze da freddo o da calore, sofferenza vascolare e altre cause non ancora conosciute); l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo .

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER ULCERA GASTRICA E DUODENALE

La **patologia ulcerosa GASTRICA o DUODENALE** è una malattia caratterizzata da una lesione con perdita di sostanza della parete dello stomaco e/o del duodeno determinata spesso da sovra infezioni (*helicobacter pilorii*) e che negli ultimi anni si riesce a curare con adeguata terapia medica. In alcuni casi, peraltro la risposta alla cura può essere incompleta o addirittura la terapia può essere inefficace e possono persistere importanti disturbi digestivi o presentarsi complicanze quali la **perforazione**, l'**emorragia digestiva (sanguinamento)**, la **stenosi** (cioè un restringimento della regione che rende difficile o impossibile il passaggio del cibo) e a volte, nelle ulcere dello stomaco anche l'**evoluzione verso forme maligne**. In queste situazioni è indicato il trattamento chirurgico, che nelle perforazioni o nel sanguinamento importante deve essere eseguito d'urgenza.

L'intervento potrà essere una **raffia dell'ulcera se perforata** (cioè la chiusura della perforazione con dei punti di sutura): una **gastroresezione** (in caso di sanguinamento o stenosi) che consiste nella asportazione di parte dello stomaco, in particolare di quella parte detta antro, che produce la gastrina e dove più spesso si localizzano le ulcere, associata o meno a sezione delle fibre nervose che innervano il corpo ed il fondo gastrico. La ricostruzione della continuità avverrà unendo alla porzione di stomaco residua alla resezione un'ansa intestinale.

L'intervento viene solitamente eseguito per **via laparotomica, in alcuni casi selezionati per via laparoscopica** con eventuale conversione in laparotomia qualora le condizioni intraoperatorie lo rendessero necessario.

Questo interventi vengono eseguiti in **anestesia generale**; sono possibili complicanze di carattere generale connesse ad interventi maggiori (con coinvolgimento di apparato respiratorio, cardiocircolatorio, funzionalità renale ed epatica, apparato gastrointestinale), e specifiche legate più direttamente all'intervento quali:

- complicanze settiche da inquinamento intraoperatorio o da deiscenze anastomotiche con possibilità di fistole e talora necessità di reinterventi
- emorragie ed ematomi post-operatori, nonché lesioni dei grossi vasi addominali, che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.
- lesioni della milza, durante le manovre di mobilizzazione del fondo gastrico, con conseguente eventualità di dover praticare una splenectomia. Tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento delle piastrinemia, e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e lieve aumento del rischio di infezioni, peraltro prevenibili con opportune vaccinazioni.
- occlusione intestinale da aderenze che possono comportare la necessità di reinterventi
- versamento pleurico e/o di pneumotorace, con eventuale necessità di un drenaggio pleurico; trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari.
- gastrite da reflusso biliare dopo ricostruzione dopo Billroth II, caratterizzata da dolore epigastrico.

- dumping syndrome caratterizzata dalla presenza di tachicardia, diaforesi, ipotensione e dolore addominale dopo i pasti. Questa sindrome può svilupparsi in seguito ad interventi quali la vagotomia tronculare;
- sindrome dell'ansa afferente dovuto al ristagno di bile, succhi enterici e pancreatici nell'ansa afferente.
- cancro del moncone gastrico il cui rischio di comparsa è significativo dopo 10-15 anni dall'intervento;
- laparoceli in corrispondenza della incisione chirurgica, che eventualmente può necessitare di un intervento ricostruttivo di plastica della parete;
- stenosi cicatriziale dell'anastomosi che potrebbe necessitare di dilatazioni;
- recidiva dell'ulcera che si rileva nel 1-10% dei casi

Tutte queste complicanze hanno comunque incidenza moderatamente elevata, peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo.

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa

INFORMATIVA INTERVENTI PER VARICI ARTI INFERIORI

Le **VARICI DEGLI ARTI INFERIORI** sono malattie delle vene superficiali localizzate negli arti inferiori, con dilatazione delle vene stesse che determinano problemi estetici, ma che possono causare anche disturbi maggiori quali senso di peso, gonfiore, modificazioni del trofismo della pelle soprattutto sulle gambe, fino all'ulcerazione con sanguinamenti, trombosi, flebiti; in presenza di queste manifestazioni è indicato l'intervento chirurgico che si potrà eseguire **IN REGIME di DAY SURGERY e in casi selezionati anche AMBULATORIALE**.

L'intervento può consistere in una **SAFENECTOMIA** (ovvero nell'asportazione della vena grande e/o piccola safena, mediante una o più incisioni) o in alternativa nell'**OBLITERAZIONE DELLA SAFENA CON RADIOFREQUENZA e/o nella LEGATURA delle vene PERFORANTI e/o FLEBECTOMIE MULTIPLE** (asportazione delle principali varici collaterali e/o occlusione endoluminale). A volte può essere conveniente non asportare parte delle varici, perché più facilmente curabili con altre terapie (sclerosi, compressione elastica); le varici possono ricomparire a distanza di tempo anche se completamente asportate.

Questo interventi si eseguono in anestesia periferica con eventuale sedazione e, in casi selezionati in anestesia locale e possono comportare, anche se con frequenza molto bassa, complicanze quali:

- emorragie ed ematomi postoperatori che potrebbero comportare anche la necessità di un intervento a scopo emostatico.
- lesione accidentale dei vasi femorali o poplitei per presenza di varianti anatomiche e/o eccesso di dilatazione delle vene
- lesione temporanea o definitiva del nervo safeno che potrebbe comportare parestesie a carico dell'arto operato.
- trombosi venosa profonda e/o superficiale a carico dell'arto omo o controlaterale nel caso di prolungato allettamento oppure per presenza di varici a carico dell'arto controlaterale e/o coesistenza di fattori predisponenti la trombofilia.
- rischio di infezione delle ferite chirurgiche, più frequente a carico dell'inguine, per un eccesso di sudorazione e di attrito.
- lesioni superficiali della cute dovute ad un eccesso di elastocompressione, a volte resa necessaria per un miglior controllo emostatico.
- transitoria comparsa di dolore ed edema postoperatorio a carico dell'arto operato
- risultato estetico finale scadente dovuto a flebectomie multiple rese necessarie per il completo trattamento del caso o ad alterati meccanismi di cicatrizzazione, soprattutto in presenza di dermatiti.
- complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, intestino ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale od epatica o respiratoria o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come dopo qualunque manovra chirurgica.

Dopo questi interventi residuano una o più cicatrici chirurgiche là dove sarà necessario eseguire le incisioni per l'isolamento e l'asportazione delle vene varicose.

Tutte le complicanze segnalate hanno un'incidenza molto bassa; peraltro tutti gli interventi chirurgici, benché eseguiti con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esente da rischi; l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da eventuali malattie associate o da stato di debilitazione dell'organismo

Firma del Medico

Firma del/la Paziente per conferma avvenuta consegna della nota informativa
