

OSPEDALE DI LEGNAGO
DIPARTIMENTO CHIRURGICO
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Direttore: Dr. **Marco TORRAZZINA**

tel. 0442 622248 - fax 0442 622822 - e-mail ostetricia.ginecologia.leg@aulss9.veneto.it

CONSENSO INFORMATO AL TAGLIO CESAREO

Approvato dal Collegio dei Primari Ginecologici del Triveneto

La sottoscritta _____

Dichiara

di essere stata esaurientemente informata sulla patologia diagnosticata, e che è preferibile in questo momento, al fine di un miglior esito della gravidanza stessa, l'espletamento del parto tramite Taglio Cesareo.

Tale procedura non limita nella maggior parte dei casi, la possibilità di nuove gravidanze, e non necessariamente i successivi parti dovranno essere attuati con tale metodica.

Il Taglio Cesareo è gravato da mortalità e complicanze materne maggiori rispetto al parto vaginale, analoghe comunque a quelle di tutti gli interventi chirurgici riguardanti la pelvi.

In una esigua percentuale dei casi, può presentare complicanze che richiedono ricorso a trasfusioni del sangue ed in casi estremi la rimozione dell'utero al fine di tutelare la vita della paziente stessa.

Tali eventi tuttavia sono estremamente rari.

Sono a conoscenza della possibilità che nel corso dell'intervento si riscontri una situazione diversa da quella prevista che richiede un trattamento più complicato e differente da quello precedentemente discusso, ed autorizzo pertanto l'operatore ad eseguire più estese procedure con eventuale asportazione di organi e/o tessuti ad insindacabile giudizio dell'operatore stesso per la buona riuscita dell'intervento.

Dichiara

pertanto di dare la propria autorizzazione e consenso all'esecuzione del Taglio Cesareo.

La mia firma attesta che:

- Ho letto / mi è stato letto il contenuto di questo consenso informato;
- Ho capito e sono d'accordo con quanto verrà effettuato;
- Mi è stato spiegato l'intervento previsto in modo esauriente; compresi i possibili rischi e le possibili alternative;
- Ho avuto tutte le informazioni che desideravo ed ampie opportunità di fare domande su questioni più o meno specifiche;
- Ho dato quindi la mia autorizzazione e consenso.

Non firmare questo foglio prima di averlo letto attentamente, capito ed accettato.

Data _____

Firma del Paziente _____

Firma del Testimone _____

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica n° _____

INFORMATIVA (Art. 10 L. 675/1996) - L'Azienda Ulss 9 Scaligera di Verona informa che il trattamento in cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima della finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto della legge L. 675/96