



S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare
Ospedale "S. Giovanni di Dio" (C.da Consolida) 92100 - AGRIGENTO



4° Piano Scala C

Recapiti telefonici:

Centralino: 0922.442111

Reparto (4° Piano Scala C)

Direttore: 0922.442381

Fax: 0922.442381

Sala Medici: 0922. 442821

Medico G.: 0922. 442753

Capo Sala: 0922.442380

Fax: 0922.442380

Infermieri: 0922.442402

Ambulatorio: 0922.442525

D. Doppler: 0922.442526

Degenza 1: 0922.442516

Degenza 2: 0922.442538

BENVENUTO IN OSPEDALE

CF

Gentile Signora/e,
il Direttore e l'équipe della Chirurgia Vascolare Le porgono il benvenuto nell'Ospedale SGD dell'A.S.P. n° 1 di Agrigento.

Tutto il personale medico e paramedico è a Sua disposizione per qualsiasi necessità e chiarimento riguardante la patologia oggetto del Suo ricovero, l'eventuale intervento chirurgico e il trattamento pre- e post-operatorio.

Alla dimissione dall'Ospedale riceverà una relazione dettagliata sull'esito degli esami laboratoristici e strumentali eseguiti durante la degenza, sul trattamento vascolare medico e/o chirurgico effettuato e sul decorso post-operatorio e sulla terapia del caso.

Di norma è necessaria la seguente **preparazione all'intervento:**

- **digiuno** da almeno sei ore;
- **evacuazione e minzione prima dell'intervento** (se necessario clistere);
- **tricotomia**, rimozione di protesi di varia natura, di oggetti metallici, vestiario e quanto altro necessario per la preparazione all'intervento;
- **effettuare correttamente la terapia** prescritta e **assumere regolarmente i farmaci assunti precedentemente al ricovero** per altre patologie e **che non devono essere interrotti** (ipertensione, diabete, ecc.).

Desideriamo inoltre puntualizzare quanto segue:

- gli interventi di chirurgia flebologica vengono attuati di regola in anestesia loco-regionale (tronculare) e/ o locale, associata ad una modesta sedazione con ansiolitici e antalgici, per cui di norma la dimissione avviene la mattina successiva all'intervento ed è consentita una rapida (ma graduale) ripresa delle normali attività;
- durante l'intervento viene attuata una copertura antibiotica ad ampio spettro; la sera dell'intervento e la mattina successiva sarà somministrato anche un antidolorifico ed antiflogistico per via intramuscolare;
- l'effetto dell'anestesia tronculare (alla gamba) dura di regola poco più dell'intervento, ma può protrarsi anche per alcune ore, causando una ipostenia (mancanza di forza) alla gamba, per cui prima di alzarsi è opportuno verificare (nel letto) la capacità di sollevare efficacemente la gamba; si raccomanda comunque di farsi sempre assistere dal personale infermieristico per alzarsi dal letto la prima volta dopo l'intervento;
- nelle prime ore post-operatorie è comunque consigliabile stare più possibile a letto con il bendaggio elastico e le gambe sopraelevate, ma se necessario è possibile alzarsi con le suddette cautele;
- il bendaggio elastico verrà rimosso e riposizionato nelle prime ore post-operatorie solo se sarà necessario, altrimenti sarà mantenuto *in situ* fino alla prima medicazione, la mattina successiva; verrà mantenuto la notte solo il giorno dell'intervento, mentre nei giorni successivi verrà posizionato al mattino e rimosso la sera; dopo 10-15 giorni dall'intervento è possibile passare dalla contenzione con bende a quella con calze, da mantenere il più possibile, ma comunque almeno per due mesi;
- dopo l'intervento sarà opportuno un trattamento per via orale con antiflogistici per 3-5 giorni e con tonici venosi per 30-60 giorni e dovranno essere effettuate delle medicazioni delle ferite chirurgiche dopo 7-10 giorni;
- di norma qualche giorno dopo l'intervento si evidenzia, soprattutto alla coscia, una ecchimosi da spandimento e superficializzazione del sangue raccolto nel canale della vena grande safena asportata: il riassorbimento è spontaneo in 10-15 giorni, ma può essere agevolato dall'applicazione di preparati topici (Essaven gel o equivalenti);
- se l'accostamento cutaneo è stato realizzato con punti di sutura questi dovranno essere asportati 10-15 giorni dopo l'intervento, a seconda delle condizioni; se si è usato un collante cutaneo questo non necessita di particolari medicazioni e si scrosterà spontaneamente entro 10-15 giorni; è tuttavia consigliato proteggere sempre le ferite per almeno 15 giorni.

Grazie per la collaborazione e buon soggiorno.

Il Direttore

CF



Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

CONSENSO INFORMATO AGLI INTERVENTI DI CHIRURGIA FLEBOLOGICA

Io sottoscritto/a Sig. _____ dichiaro che, in relazione alla malattia riscontratami _____, che sarà trattata con l'intervento, sono già stato/a soddisfacentemente informato/a in modo chiaro ed esauriente dal Prof./Dr. _____ di quanto segue:

1) che è opportuna l'esecuzione del seguente trattamento medico:

2) che è opportuna l'esecuzione del seguente intervento chirurgico:

- che sarà attuata una **anestesia** loco-regionale (troncolare) e/ o locale (eseguita di routine dall'équipe chirurgica), associata ad una modesta sedazione con ansiolitici e antalgici, di norma senza necessità di particolare assistenza anestesiologicala o di emotrasfusioni, ma che si potrebbe rendere necessario ricorrere a modifiche della tecnica anestesiologicala e/o a terapia trasfusionale;

- che **il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento**, stabiliti dal Direttore del Reparto, **potranno variare in funzione delle esigenze organizzative**, anche estemporaneamente;

- che **del suddetto intervento mi sono stati descritti compiutamente**: gli **obiettivi** e i prevedibili **risultati**, i possibili **trattamenti alternativi** (con relativi rischi e prevedibili risultati), il consueto trattamento intra- e post-operatorio (con necessità di antibiotici, antiflogistici, flebotonici e contenzione elastica), il prevedibile **decorso** a breve e lungo termine, i **rischi**, tutte le possibili conseguenze e **complicanze** locali e generali (anestesiologicalhe, allergiche, flogistico-infettive), anche limitanti e/o menomanti e potenzialmente fatali;

- che sono stato/a inoltre esaurientemente informato/a della possibilità di complicanze specifiche come dermo-ipo-dermiti, eczemi, neo-teleangectasie, flittene, difetti di cicatrizzazione (cheloidi, pigmentazioni, deiscenze delle ferite chirurgiche), ematomi, sieromi, linforree, linfangiti, flebiti superficiali o profonde, neuropatie (conseguenti a lesioni o compressioni del nervo safeno interno, safeno esterno, s.p.i., s.p.e. o di altri nervi e che possono provocare deficit motorio e/o sensitivo, con dolori, ipo-anestesia o parestesie, temporanee o più raramente definitive) e della possibilità di comparsa di recidive a distanza variabile dall'intervento; che sono stato/a adeguatamente informato/a che le suddette complicanze, specie quelle tromboemboliche e neurologiche, anche se percentualmente poco rilevanti, possono inficiare il risultato chirurgico e che la perizia, la diligenza e la prudenza dei chirurghi possono solo ridurle, ma non azzerarle;

- che sono stato/a reso consapevole delle attuali dotazioni e limitazioni della Chirurgia Vascolare e dell'Ospedale di Agrigento ed in particolare della mancanza di un Agiografo dedicato e **della possibilità di insuccesso del trattamento.**

Preso atto di quanto illustratomi, dichiaro pertanto:

- di autorizzare l'attuazione della terapia medica ritenuta opportuna per la mia situazione clinica;

- di autorizzare l'esecuzione del suddetto intervento chirurgico;

- di **accettare** consapevolmente tutti i rischi generici e specifici, inclusa l'insorgenza di complicanze, talora inevitabili anche se l'intervento è condotto correttamente con diligenza e secondo Linee-Guida, onde comunque non attribuirò alcuna responsabilità al Direttore e/o ai medici dell'équipe operatoria della Chirurgia Vascolare, rinunciando senza riserve a porre in essere eventuali future azioni penali e/o civili di ogni genere nei loro confronti;

- di **escludere** espressamente e senza riserve **qualsiasi contratto con il Primario ed il personale** medico e paramedico, **che assumono solo una responsabilità extracontrattuale (da fatto illecito), a nulla rilevando il “contatto sociale”** con i singoli sanitari ai fini di obbligazioni personali, anche perché, avendo io optato per la tipologia di ricovero a totale carico del S.S.N. (e non il ricovero e/o l'intervento in intramoenia per vincolare un medico prescelto), sono consapevole che il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento potranno variare, anche all'ultimo momento, in funzione delle esigenze organizzative del Reparto, onde convengo che un **rapporto contrattuale può esistere solo con l'Ente Ospedaliero** e il S.S.N., escludendone ogni altro con i medici.

Agrigento, _____ ore _____

Firma del Paziente

Firma del Medico



Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI DI FLEBOCHIRURGIA CON LASER

Io sottoscritto/a Sig. _____ dichiaro che, in relazione alla malattia riscontrata _____, che sarà trattata con l'intervento, sono già stato/a soddisfacentemente informato/a in modo chiaro ed esauriente dal Prof./Dr. _____ di quanto segue:

1) che è opportuna l'esecuzione del seguente trattamento medico:

2) che è opportuna l'esecuzione del seguente intervento di trattamento LASER:

- che sarà attuata una **anestesia** loco-regionale (tronculare) e/ o locale per infiltrazione e tumescenza (eseguita di routine dall'équipe chirurgica), associata ad una modesta sedazione con ansiolitici e antalgici, di norma senza necessità di particolare assistenza anestesiológica o di emotrasfusioni, ma che si potrebbe rendere necessario ricorrere a modifiche della tecnica anestesiológica e/o a terapia trasfusionale;

- che **il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento**, stabiliti dal Direttore del Reparto, **potranno variare in funzione di necessità organizzative e/o di specifiche competenze**, anche estemporaneamente, con possibilità di cooptazione di uno “Specialist” esterno di supporto;

- che **del suddetto intervento mi sono stati descritti compiutamente**: gli obiettivi e i prevedibili risultati, i possibili trattamenti alternativi (con relativi rischi e prevedibili risultati), il **trattamento correlato alla procedura** (con **necessità di profilassi antitrombotica eparinica**, antibiotici, antiflogistici, flebotonici, e contenzione elastica), la **possibilità di dovere convertire in chirurgia classica**, il **prevedibile decorso a breve e lungo termine**, i rischi, tutte le possibili conseguenze e **complicanze locali e generali** (anestesiológicas, allergiche, tromboemboliche, trombosi fastidiosa della vena safena nel segmento trattato, flogistico-infettive), anche limitanti e/o menomanti e potenzialmente fatali;

- che sono stato/a inoltre esaurientemente informato/a della **possibilità di insuccessi** (mancata occlusione venosa o ricanalizzazione) e **di complicanze** specifiche come ustioni, dermo-ipodermi, eczemi, neo-teleangectasie, flittene, difetti di cicatrizzazione (cheloidi, pigmentazioni, deiscenze delle ferite), ematomi, sieromi, linforree, linfangiti, flebiti superficiali o profonde, neuropatie (conseguenti ad ustioni, lesioni o compressioni del nervo safeno interno, safeno esterno, *s.p.i.*, *s.p.e.* o di altri nervi e che possono causare deficit motori e/o sensitivi, con dolori, ipo-anestesia o parestesie distrettuali, a carattere temporaneo o più raramente definitivo) e della possibilità di ricanalizzazione venosa e di comparsa di varici recidive, a distanza variabile dall'intervento; che sono stato/a adeguatamente informato/a che le complicanze suddette, specie tromboemboliche e neurologiche, anche se percentualmente poco rilevanti, possono inficiare il risultato e che la perizia, la diligenza e la prudenza degli operatori possono solo ridurle, ma non azzerarle;

- che sono stato/a reso consapevole delle attuali dotazioni e limitazioni della Chirurgia Vascolare e dell'Ospedale SGD di Agrigento ed della mancanza di un Agiografo dedicato all'U.O. e **della possibilità di insuccesso del trattamento.**

Preso atto di quanto illustratomi, dichiaro pertanto:

- di autorizzare l'attuazione della terapia medica ritenuta opportuna per la mia situazione clinica;

- di autorizzare l'esecuzione del suddetto intervento chirurgico con trattamento LASER endovenoso;

- di **accettare** consapevolmente tutti i rischi generici e specifici, inclusa l'insorgenza di complicanze, talora inevitabili anche se l'intervento è condotto correttamente con diligenza e secondo Linee-Guida, onde comunque non attribuirò alcuna responsabilità al Direttore e/o ai medici dell'équipe operatoria della Chirurgia Vascolare, rinunciando senza riserve a porre in essere eventuali future azioni penali e/o civili di ogni genere nei loro confronti;

- di **escludere** espressamente e senza riserve **qualsiasi contratto con il Primario ed il personale** medico e paramedico, **che assumono solo una responsabilità extracontrattuale (da fatto illecito)**, a nulla rilevando il “contatto sociale” con i singoli sanitari ai fini di obbligazioni personali, anche perché, avendo io optato per la tipologia di ricovero a totale carico del S.S.N. (e non il ricovero e/o l'intervento in intramoenia per vincolare un medico prescelto), sono consapevole che il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento potranno variare, anche all'ultimo momento, in funzione delle esigenze organizzative del Reparto, onde convengo che un **rapporto contrattuale può esistere solo con l'Ente Ospedaliero** e il S.S.N., escludendone ogni altro con i medici.

Agrigento, _____

Firma del Medico

Firma del Paziente



Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI DI FLEBOCHIRURGIA CON LASER

Io sottoscritto/a Sig. _____ dichiaro che, in relazione alla malattia riscontratami _____, che sarà trattata con l'intervento, sono già stato/a soddisfacentemente informato/a in modo chiaro ed esauriente dal Prof./Dr. _____ di quanto segue:

1) che è opportuna l'esecuzione del seguente trattamento medico:

2) che è opportuna l'esecuzione del seguente intervento di trattamento LASER:

- che sarà attuata una **anestesia** loco-regionale (tronculare) e/ o locale per infiltrazione e tumescenza (eseguita di routine dall'équipe chirurgica), associata ad una modesta sedazione con ansiolitici e antalgici, di norma senza necessità di particolare assistenza anestesiológica o di emotrasfusioni, ma che si potrebbe rendere necessario ricorrere a modifiche della tecnica anestesiológica e/o a terapia trasfusionale;

- che **il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento**, stabiliti dal Direttore del Reparto, **potranno variare in funzione di necessità organizzative e/o di specifiche competenze**, anche estemporaneamente, con possibilità di cooptazione di uno “Specialist” esterno di supporto;

- che **del suddetto intervento mi sono stati descritti compiutamente**: gli obiettivi e i prevedibili risultati, i possibili trattamenti alternativi (con relativi rischi e prevedibili risultati), il **trattamento correlato alla procedura** (con **necessità di profilassi antitrombotica eparinica**, antibiotici, antiflogistici, flebotonici, e contenzione elastica), la **possibilità di dovere convertire in chirurgia classica**, il **prevedibile decorso a breve e lungo termine**, i rischi, tutte le possibili conseguenze e **complicanze locali e generali** (anestesiológicas, allergiche, tromboemboliche, trombosi fastidiosa della vena safena nel segmento trattato, flogistico-infettive), anche limitanti e/o menomanti e potenzialmente fatali;

- che sono stato/a inoltre esaurientemente informato/a della **possibilità di insuccessi** (mancata occlusione venosa o ricanalizzazione) e **di complicanze** specifiche come ustioni, dermo-ipodermi, eczemi, neo-teleangectasie, flittene, difetti di cicatrizzazione (cheloidi, pigmentazioni, deiscenze delle ferite), ematomi, sieromi, linforree, linfangiti, flebiti superficiali o profonde, neuropatie (conseguenti ad ustioni, lesioni o compressioni del nervo safeno interno, safeno esterno, *s.p.i.*, *s.p.e.* o di altri nervi e che possono causare deficit motori e/o sensitivi, con dolori, ipo-anestesia o parestesie distrettuali, a carattere temporaneo o più raramente definitivo) e della possibilità di ricanalizzazione venosa e di comparsa di varici recidive, a distanza variabile dall'intervento; che sono stato/a adeguatamente informato/a che le complicanze suddette, specie tromboemboliche e neurologiche, anche se percentualmente poco rilevanti, possono inficiare il risultato e che la perizia, la diligenza e la prudenza degli operatori possono solo ridurle, ma non azzerarle;

- che sono stato/a reso consapevole delle attuali dotazioni e limitazioni della Chirurgia Vascolare e dell'Ospedale SGD di Agrigento ed della mancanza di un Agiografo dedicato all'U.O. e **della possibilità di insuccesso del trattamento.**

Preso atto di quanto illustratomi, dichiaro pertanto:

- di autorizzare l'attuazione della terapia medica ritenuta opportuna per la mia situazione clinica;

- di autorizzare l'esecuzione del suddetto intervento chirurgico con trattamento LASER endovenoso;

- di **accettare** consapevolmente tutti i rischi generici e specifici, inclusa l'insorgenza di complicanze, talora inevitabili anche se l'intervento è condotto correttamente con diligenza e secondo Linee-Guida, onde comunque non attribuirò alcuna responsabilità al Direttore e/o ai medici dell'équipe operatoria della Chirurgia Vascolare, rinunciando senza riserve a porre in essere eventuali future azioni penali e/o civili di ogni genere nei loro confronti;

- di **escludere** espressamente e senza riserve **qualsiasi contratto con il Primario ed il personale** medico e paramedico, **che assumono solo una responsabilità extracontrattuale (da fatto illecito), a nulla rilevando il “contatto sociale”** con i singoli sanitari ai fini di obbligazioni personali, anche perché, avendo io optato per la tipologia di ricovero a totale carico del S.S.N. (e non il ricovero e/o l'intervento in intramoenia per vincolare un medico prescelto), sono consapevole che il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento potranno variare, anche all'ultimo momento, in funzione delle esigenze organizzative del Reparto, onde convengo che un **rapporto contrattuale può esistere solo con l'Ente Ospedaliero** e il S.S.N., escludendone ogni altro con i medici.

Agrigento, _____

Firma del Medico

Firma del Paziente



S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

CONFERMA DI CONSENSO ALL'INTERVENTO E DI AVVENUTA INFORMAZIONE C. F.

Io sottoscritto/a Sig. _____ dichiaro che, in relazione alla malattia riscontratami _____, sono già stato soddisfacentemente informato/a dal Dr. _____, onde ho già espresso il mio consenso, che ora confermo, dichiarando di non desiderare altre informazioni, **consapevole di quanto segue:**

- che è opportuna l'esecuzione del seguente intervento: _____ ;
- che sarà attuata una anestesia loco-regionale (tronculare) e/o locale (eseguita di routine dall'équipe chirurgica), associata ad una modesta sedazione con ansiolitici e antalgici, di norma senza necessità di particolare assistenza anestesiologicala o di emotrasfusioni, ma che si potrebbe rendere necessario ricorrere a modifiche della tecnica anestesiologicala e/o a terapia trasfusionale;
- che del suddetto intervento mi sono stati descritti compiutamente: **gli obiettivi e i prevedibili risultati, i possibili trattamenti alternativi** (con relativi rischi e prevedibili risultati), il consueto trattamento intra- e post-operatorio (con necessità di antibiotici, antiflogistici, flebotonici e contenzione elastica con bende o calze e talvolta di antitrombotici), il prevedibile decorso a breve e lungo termine, **i rischi, tutte le possibili conseguenze e complicanze locali e generali** (anestesiologicalhe, allergiche, flogistico-infettive), anche limitanti e/o menomanti e potenzialmente fatali;
- che sono stato/a reso consapevole delle attuali dotazioni e limitazioni della Chirurgia Vascolare di Agrigento e dell'Ospedale SGD ed in particolare della mancanza di un Agiografo dedicato e **della possibilità di insuccesso del trattamento attuato o decadimento del risultato**, nel qual caso dovrò ricorrere ad altra struttura più dotata;
- che sono stato inoltre esaurientemente informato della possibilità di insuccessi e complicanze specifiche come dermo-ipodermi, eczemi, neo-teleangectasie, flittene, difetti di cicatrizzazione (cheloidi, pigmentazioni, deiscenze delle ferite chirurgiche), ematomi, sieromi, linforree, linfangiti, tromboflebiti superficiali o profonde, trombosi di segmenti venosi superficiali residui, neuropatie (conseguenti a lesioni o compressioni del nervo safeno interno, safeno esterno, sciatico popliteo interno o esterno o di altri nervi e che possono provocare deficit motorio e/o sensitivo, con dolori, ipo-anestesia o parestesie, a carattere temporaneo o più raramente definitivo) e della possibilità di comparsa di varici recidive, a distanza variabile dall'intervento;
- che, in particolare, sono stato adeguatamente informato che le complicanze suddette, soprattutto quelle tromboemboliche e neurologiche, anche se percentualmente poco rilevanti, **possono inficiare il risultato chirurgico e che la perizia, la diligenza e la prudenza dei chirurghi possono solo ridurle, ma non azzerarle.**

Avendo pienamente preso atto di quanto illustratomi, **confermo e dichiaro pertanto:**

- di **autorizzare l'esecuzione del suddetto intervento chirurgico;**
- di **accettare** consapevolmente tutti i rischi generici e specifici, inclusa l'insorgenza di complicanze, talora inevitabili anche se l'intervento è condotto correttamente con diligenza e secondo Linee-Guida, onde comunque non attribuirò alcuna responsabilità al Direttore e/o ai medici dell'équipe operatoria della Chirurgia Vascolare, rinunciando senza riserve a porre in essere eventuali future azioni penali e/o civili di ogni genere nei loro confronti;
- di **escludere** espressamente e senza riserve **qualsiasi contratto con il Primario ed il personale medico e paramedico, che assumono solo una responsabilità extracontrattuale (da fatto illecito), a nulla rilevando il “contatto sociale”** con i singoli sanitari ai fini di obbligazioni personali, anche perché, avendo io optato per la tipologia di ricovero a totale carico del S.S.N. (e non il ricovero e/o l'intervento in intramoenia per vincolare un medico prescelto), sono consapevole che il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento potranno variare, anche all'ultimo momento, in funzione delle esigenze organizzative del Reparto, onde convengo che un **rapporto contrattuale può esistere solo con l'Ente Ospedaliero** e il S.S.N., escludendone ogni altro con i medici;
- di autorizzare preventivamente in caso di necessità il ricorso alla terapia trasfusionale, a modifiche della tecnica chirurgica e/o anestesiologicala inizialmente previste e alle procedure ritenute più idonee.

Firma del Paziente

Agrigento, _____ ore _____



Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

CONFERMA DI CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO C. F. LASER

Io sottoscritto/a Sig. _____ dichiaro che, in relazione alla malattia riscontratami _____, sono già stato soddisfacentemente informato/a dal Dr. _____, onde ho già espresso il mio consenso, che ora confermo, dichiarando di non desiderare altre informazioni, consapevole di quanto segue:

che è opportuna l'esecuzione del seguente intervento di trattamento LASER:

_____ ;

- che sarà attuata una **anestesia** loco-regionale (tronculare) e/ o locale per infiltrazione e tumescenza (eseguita di routine dall'équipe chirurgica), associata ad una modesta sedazione con ansiolitici e antalgici, di norma senza necessità di particolare assistenza anestesiológica o di emotrasfusioni, ma che si potrebbe rendere necessario ricorrere a modifiche della tecnica anestesiológica e/o a terapia trasfusionale;

- che **il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento**, stabiliti dal Direttore del Reparto, **potranno variare in funzione di necessità organizzative e/o di specifiche competenze**, anche estemporaneamente, con possibilità di cooptazione di uno “Specialist” esterno di supporto;

- che **del suddetto intervento mi sono stati descritti compiutamente**: gli obiettivi e i prevedibili risultati, i possibili trattamenti alternativi (con relativi rischi e prevedibili risultati), il **trattamento correlato alla procedura** (con **necessità di profilassi antitrombotica eparinica**, antibiotici, antiflogistici, flebotonici, e contenzione elastica), la **possibilità di dovere convertire in chirurgia classica**, il **prevedibile decorso a breve e lungo termine**, i rischi, tutte le possibili conseguenze e **complicanze locali e generali** (anestesiológicas, allergiche, tromboemboliche, trombosi fastidiosa della vena safena nel segmento trattato, flogistico-infettive), anche limitanti e/o menomanti e potenzialmente fatali;

- che sono stato/a inoltre esaurientemente informato/a della **possibilità di insuccessi** (mancata occlusione venosa o ricanalizzazione) e di **complicanze** specifiche come ustioni, dermo-ipodermi, eczemi, neo-teleangectasie, flittene, difetti di cicatrizzazione (cheloidi, pigmentazioni, deiscenze delle ferite), ematomi, sieromi, linforree, linfangiti, flebiti superficiali o profonde, neuropatie (conseguenti ad ustioni, lesioni o compressioni del nervo safeno interno, safeno esterno, *s.p.i.*, *s.p.e.* o di altri nervi e che possono causare deficit motori e/o sensitivi, con dolori, ipo-anestesia o parestesie distrettuali, a carattere temporaneo o più raramente definitivo) e della possibilità di ricanalizzazione venosa e di comparsa di varici recidive, a distanza variabile dall'intervento; che sono stato/a adeguatamente informato/a che le complicanze suddette, specie tromboemboliche e neurologiche, anche se percentualmente poco rilevanti, possono inficiare il risultato e che la perizia, la diligenza e la prudenza degli operatori possono solo ridurle, ma non azzerarle;

- che sono stato/a reso consapevole delle attuali dotazioni e limitazioni della Chirurgia Vascolare e dell'Ospedale SGD di Agrigento ed della mancanza di un Agiografo dedicato all'U.O. e **della possibilità di insuccesso del trattamento**.

Avendo pienamente preso atto di quanto illustratomi, confermo e dichiaro pertanto:

- di autorizzare l'esecuzione del suddetto intervento chirurgico;

- di **accettare** consapevolmente tutti i rischi generici e specifici, inclusa l'insorgenza di complicanze, talora inevitabili anche se l'intervento è condotto correttamente con diligenza e secondo Linee-Guida, onde comunque non attribuirò alcuna responsabilità al Direttore e/o ai medici dell'équipe operatoria della Chirurgia Vascolare, rinunciando senza riserve a porre in essere eventuali future azioni penali e/o civili di ogni genere nei loro confronti;

- di **escludere** espressamente e senza riserve **qualsiasi contratto con il Primario ed il personale** medico e paramedico, **che assumono solo una responsabilità extracontrattuale (da fatto illecito), a nulla rilevando il “contatto sociale”** con i singoli sanitari ai fini di obbligazioni personali, anche perché, avendo io optato per la tipologia di ricovero a totale carico del S.S.N. (e non il ricovero e/o l'intervento in intramoenia per vincolare un medico prescelto), sono consapevole che il medico operatore e l'équipe chirurgica che eseguiranno l'intervento potranno variare, anche all'ultimo momento, in funzione delle esigenze organizzative del Reparto, onde convengo che un **rapporto contrattuale può esistere solo con l'Ente Ospedaliero** e il S.S.N., escludendone ogni altro con i medici;

- di autorizzare preventivamente in caso di necessità il ricorso alla terapia trasfusionale, a modifiche della tecnica chirurgica e/o anestesiológica inizialmente previste e alle procedure ritenute più idonee.

Firma del Paziente

Agrigento, _____ ore _____



Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
 Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL RISCHIO TROMBOEMBOLICO

C.C. N° _____

Cognome..... Nome.....Data nascita.....ETA'.....

Ricovero per:

| | | | |
|--|--|--|--|
| Trauma maggiore (ad es. fratture che causino immobilità ecc.) | | | |
| Chirurgia maggiore (ad es. di durata superiore a 30 minuti ecc.) | | | |
| Acuzie (probabilità di rimanere immobilizzati a letto per 3 giorni o più, ecc.) | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Obesità grave (body mass index > 30) [Body mass.....] | | | |
| Presenza di vene varicose | | | |
| Pregressa tromboembolia venosa | | | |
| Trombofilia congenita o acquisita | | | |
| Neoplasia attiva | | | |
| Presenza di infezioni gravi, insufficienza cardiaca, infarto del miocardio recente, ictus recente, mal. Infiamm. croniche dell'intestino, s. nefrosica, policitemia, paraproteinemia, malattia di Bechet, emoglobinuria parossistica notturna, insufficienza respiratoria, abitudine al fumo, altro (specificare)..... | | | |
| Assunzione di terapia ormonale estrogenica | | | |
| Gravidanza e puerperio | | | |
| Presenza di cateteri venosi centrali | | | |
| Necessità di praticare anestesia generale | | | |

PAZIENTE A RISCHIO: BASSO MODERATO ALTO ALTISSIMO

Terapia antiaggregante/anticoagulante assunta dal paziente prima del ricovero Sì No

Farmaci assunti e dosaggio.....

.....

PROFILASSI:

| | | | |
|---|--|--|--|
| mobilizzazione | | | |
| se sì, specificare..... | | | |
| calze elastiche a compressione graduata (CCG) | | | |
| compressione pneumatica intermittente (CPI) | | | |
| pompa venosa plantare (PVP) | | | |
| terapia farmacologica | | | |
| se sì, specificare farmaco e dosaggio | | | |
| eventuale sospensione della terapia assunta a domicilio | | | |

Agrigento, _____

Firma del Medico



Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

SCHEDA DI VERIFICA PREVENTIVA PRE-OPERATORIA

(da effettuare in reparto, prima di condurre il paziente in Sala Operatoria)

In caso di verifiche negative trattenere il paziente in reparto, apportare i correttivi necessari, quindi ripetere tutte le verifiche

Paziente _____ C.C. n° _____

| | VERIFICHE DI COMPLETEZZA E CORRETTEZZA | si | no |
|-----|--|----|----|
| 1. | Generalità del paziente | | |
| 2. | N° cartella clinica | | |
| 3. | Patologia oggetto del ricovero | | |
| 4. | Tipo di intervento da eseguire | | |
| 5. | Sito da operare | | |
| 6. | Marcatura con X del sito da operare | | |
| 7. | Emogruppo | | |
| 8. | Esami ematologici | | |
| 9. | ECG | | |
| 10. | Rx. Torace (solo se richiesto) | | |
| 11. | Altri esami (solo se richiesti) | | |
| 12. | Tricotomia eseguita correttamente | | |
| 13. | Consenso informato all'Intervento | | |
| 14. | Consenso informato all'Anestesia | | |
| 15. | Disponibilità di dispositivi, bende, medicazioni, colla e presidi specifici | | |
| 16. | Terapia già in corso effettuata (antipertensiva, antidiabetica, ecc.) | | |
| 17. | Terapia specifica, se prescritta, effettuata (antibiotica, antiflogistica, ecc.) | | |
| 18. | Tutte le verifiche ok. | | |

Agrigento, _____ ore _____

Il Capo Sala
(o l'Infermiere di turno)



ASP
AGRIGENTO

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

SCHEDA DI VERIFICA INTRA-OPERATORIA

(da effettuare in Sala Operatoria)

| Checklist per la sicurezza in sala operatoria | | |
|--|--|---|
| Sign In → <i>I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</i> | → Time Out → <i>I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</i> | → Sign Out <i>I sette controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</i> |
| 1. Il paziente ha confermato: - identità - sede di intervento - procedura - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti) | <input type="checkbox"/> 1. Tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con il proprio nome e funzione | L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: 1. nome della procedura eseguita (quale procedura è stata eseguita?) |
| 2. Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile | <input type="checkbox"/> 2. Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto posizionamento | 2. il conteggio finale di garze, bisturi aghi e altro strumentario chirurgico è risultato corretto |
| 3. Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati | Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: | 3. il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) |
| 4. Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento | <input type="checkbox"/> 3. chirurgo: durata dell'intervento, perdita di sangue, ecc. | 4. eventualità di problemi relativi all'uso di dispositivi medici |
| Identificazione dei rischi del paziente: | <input type="checkbox"/> 4. anestesista: scala ASA | 5. conta garze, ferri chirurgici, aghi, eseguita |
| 5. Allergie no sì | <input type="checkbox"/> 5. infermiere: verifica sterilità (controllo indicatori) | 6. chirurgico, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria |
| 6. difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di inalazione? no sì (strumentazione /assistenza disponibile) | <input type="checkbox"/> 6. la profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti | 7. piano per la profilassi del trombo-embolismo post-operatorio |
| 7. rischio di perdita ematica > 500 ml (7 ml/Kg nei bambini) no sì (accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili) | <input type="checkbox"/> non applicabile | Dati del paziente Nome e Cognome _____ Data di nascita ____ / ____ / ____ Procedura Eseguita da _____ |
| | <input type="checkbox"/> 7. le immagini diagnostiche sono state visualizzate? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile | |



ASP
AGRIGENTO

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



U.O.C. Chirurgia Vascolare
Ospedale S.G.D. Agrigento

92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

SCHEDA DI TRATTAMENTO INTRA-OPERATORIO

(da compilare in Sala Operatoria)

SCHEDA TRATTAMENTO INTRA-OPERATORIO E ANESTESIOLOGICO

Paziente _____ Anni _____ C.C. n° _____ Reg. Op. n° _____

Tipo intervento _____ Inizio intervento ore _____ Fine intervento ore _____

Tipo di Anestesia _____ effettuata dal Prof./Dr. _____

| Tempo | 0 | 10' | 20' | 30' | 40' | 50' | 60' | 70' | 80' | 90' | 100' | 110' | 120' | 130' | 140' | 150' |
|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| P.A. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F.C. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sat. O2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anestetici locali: blocco tronculare | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anestetici locali: infiltraz. Superfic. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antibiotici e.v. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antibiotici locali | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sedativi e.v. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antalgici e.v. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Altri farmaci | | | | | | | | | | | | | | | | |

P.A. _____

F.C. _____

Sat. O2 _____

Anestetici locali: blocco tronculare _____

Anestetici locali: infiltraz. Superfic. _____

Antibiotici e.v. _____

Antibiotici locali _____

Sedativi e.v. _____

Antalgici e.v. _____

Altri farmaci _____

Agrigento, _____

Firma del Medico



ASP
AGRIGENTO

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

**Scheda per la prevenzione della ritenzione di garze,
strumenti o altro materiale nel sito chirurgico**

C.C. N° _____

Cognome e Nome paziente: _____ Data nascita _____

Data intervento _____ Primo operatore _____

Tipo di intervento programmato: _____

| | Fasi conteggio* | | | | | Elementi aggiunti** | | | | TOT |
|---|-----------------|---|---|---|---|---------------------|---|---|---|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | + | + | + | + | |
| Garze - laparotomiche | | | | | | | | | | |
| Garze - lunghette | | | | | | | | | | |
| Aghi | | | | | | | | | | |
| Tamponcini | | | | | | | | | | |
| Bisturi | | | | | | | | | | |
| Strumentario | | | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | | | |
| Firma 1° Infermiere / Altro operatore | | | | | | | | | | |
| Firma 2° Infermiere / Altro operatore | | | | | | | | | | |

* Fasi del conteggio

1: prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale)

2: prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità

3: prima di chiudere la ferita

4: Alla chiusura della cute o al termine della procedura

5: al momento del cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile (conta finale)



Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
 Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

Scheda Terapia



Azienda Sanitaria Provinciale – Agrigento

Presidio Ospedaliero di _____

U.O. _____

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

TERAPIA

/ = Prescrizione

x = Somministrazione

--/ = Infusione continua

o = Non somministrato

// = Sospensione + firma medico

Note 1 Rifiuto paziente
 4 Vomito

2 Digiuno
 5 Altro

3 Assenza paziente in reparto

| | | Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------|--------------------------------------|---|----|----|----|----|----|----------|--------------|---|----|----|----|----|----|----------|--------------|---|----|----|----|----|----|
| | | Firma medico per validazione terapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FARMACO e DOSAGGIO | Firma medico | 6 | 12 | 15 | 18 | 22 | 24 | Modifica | Firma medico | 6 | 12 | 15 | 18 | 22 | 24 | Modifica | Firma medico | 6 | 12 | 15 | 18 | 22 | 24 |
| | | INFUSIONALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDOVENA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----------|--------------|----|----|----|----|----|----|----------|--------------|---|----|----|----|----|----|
| | | Firma medico per validazione terapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FARMACO e DOSAGGIO | Firma medico | 6 | 12 | 15 | 18 | 22 | 24 | Modifica | Firma medico | 6 | 12 | 15 | 18 | 22 | 24 | Modifica | Firma medico | 6 | 12 | 15 | 18 | 22 | 24 |
| | | TAO | INR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TERAPIA DIABETICA | GLICEMIA | | 8 | 12 | | 18 | 22 | | | 8 | 12 | | 18 | 22 | | | 8 | 12 | | 18 | 22 | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTRA MUSCOLO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOTTOCUTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sigla infermiere | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ASP
AGRIGENTO

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare

U.O.C. Chirurgia Vascolare
Ospedale S.G.D. Agrigento

92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

SCHEMA DI VERIFICA POST-OPERATORIA

Paziente _____ C.C. n° _____

Verifica

si no

| | | si | no |
|-----|--|----|----|
| 1. | Parametri clinici regolari (P.A., frequenza, glicemia se diab., temp., ecc.) | | |
| 2. | Diuresi regolare | | |
| 3. | Assenza di dolori abnormi spontanei o provocati | | |
| 4. | Assenza di sanguinamenti abnormi dalle ferite chirurgiche | | |
| 5. | Bendaggio elastico correttamente posizionato (o riposizionato) | | |
| 6. | Terapia post-operatoria prescritta in corso | | |
| 7. | Motilità attiva e passiva nella norma (incluse le dita dell'arto operato) | | |
| 8. | Paziente deambulante autonomamente | | |
| 9. | Paziente soddisfatto dell'intervento effettuato | | |
| 10. | Tutte le verifiche ok. | | |

Agrigento, _____ ore _____

Il Medico di Reparto _____

L'Infermiere di Turno _____

ASP
AGRIGENTO

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare

U.O.C. Chirurgia Vascolare
Ospedale S.G.D. Agrigento

92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

SCHEDA DI VERIFICA POST-DIMISSIONE

(da inserire nella Cartella Clinica)

Paziente _____ C.C. n° _____

Verifica

si no

| | | si | no |
|----|---|----|----|
| 1. | Ferite chirurgiche regolari e ben consolidate | | |
| 2. | Assenza di dolori abnormi spontanei o provocati | | |
| 3. | Motilità attiva e passiva nella norma (incluse le dita dell'arto operato) | | |
| 4. | Deambulazione autonoma soddisfacente | | |
| 5. | Terapia post-operatoria prescritta in corso, senza intolleranze | | |
| 6. | Paziente soddisfatto dell'intervento effettuato | | |
| 7. | Tutte le verifiche ok. | | |

Agrigento, _____ ore _____

Il Medico di Reparto _____

L'Infermiere di Turno _____

Il Paziente _____



Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
 Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare



92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

SCHEMA DI PRENOTAZIONE/ATTIVAZIONE DAY-SERVICE (DSAO)

Data _____ PACC/DRG _____ Codice esenzione _____

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ (____) Via _____ N° _____

Nato a _____ (____) il _____ C.F. _____

Tel. fisso _____ Tel. Cell. _____

Diagnosi principale _____

Patologie associate _____

Allergie a farmaci si no se si specificare: _____

Esami di laboratorio e strumentali rilevanti ai fini del presente Day-Service:

1. _____
2. _____
3. _____

Altre informazioni rilevanti: _____

Motivo del Day-Service: Chirurgico Terapeutico Diagnostico

Priorità: A (< 30 gg.) B (30-60 gg.) C (60 -90 gg.) D (> 90 gg.)

Procedure proposte: _____

Terapia già in corso:

| Specialità/ Principio Attivo | POSOLOGIA |
|------------------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Timbro e firma del Medico

Data inizio Day-Service _____

ASP
AGRIGENTO

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

S.S.N. - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare

U.O.C. Chirurgia Vascolare
Ospedale S.G.D. Agrigento

92100 – AGRIGENTO - Ospedale “S. Giovanni di Dio” (C.da Consolida) Tel. 0922.442111 - 0922.442402 - Fax 0922.442380

SCHEMA PADT

Al Medico di Medicina Generale Dr. _____

Si **COMUNICA** che il/la paziente _____, nato/a il _____
a _____, visitato in data odierna, affetto/a da _____

necessita di ricovero in DH/DS presso l'Unità Operativa di **Chirurgia Vascolare P.O. SGD Agrigento**
per essere sottoposto/a al seguente **PERCORSO ASSISTENZIALE (PADT)**:

- Radiodiagnostica basale _____
- Radiodiagnostica Avanzata _____
- TAC _____
- RMN _____
- ECO _____
- MAMMO _____
- ALTRO _____
- ESAMI STRUMENTALI _____
- EGDS _____
- COLONSCOPIA _____
- ECOCARDIO _____
- ECG _____
- ECG DA SFORZO/HOLTER _____

PROCEDURA CHIRURGICA _____
(Segnare con una X la procedura che verrà eseguita e specificare il tipo di procedura)

Il ricovero per il 1° accesso in DH/DS è previsto per il giorno _____

Agrigento, _____

Timbro e Firma del Medico di Reparto

Il sottoscritto Dott./ssa _____, MMG/PLS dichiara di avere
preso visione del percorso assistenziale assegnato al/alla paziente _____
come sopra indicato.

_____ li _____

Dott. _____

(il presente modulo, compilato in copia unica, viene consegnato al/alla paziente e dovrà essere riportato firmato dal MMG/PLS alla struttura ospedaliera al momento del ricovero per essere inserito in cartella clinica).