



**CONSENSO INFORMATO**

Procedura **FUNDOPLICATIO e (in caso di necessità) GASTROSTOMIA**

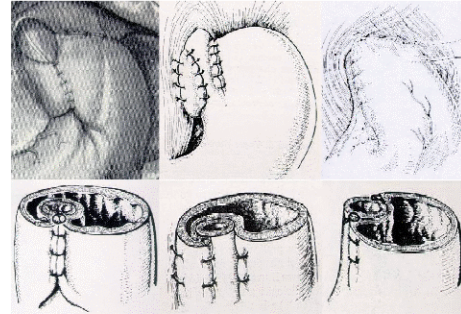
Paziente: \_\_\_\_\_  
 Data Intervento: \_\_\_\_\_

Indicazione: Incompetenza cardiaca primaria

Reflusso gastro esofageo complicato/non responder  
 Disfagia (Impossibilità all'alimentazione per via orale)  
 Procedura: Isolamento dell'esofago, addominalizzazione, latoplastica  
 Liberazione del fondo gastrico e funduplicatio/gastropessi  
 Se necessario: Gastrostomia con posizionamento di protesi

Alternative Nutrizione artificiale - Terapia medica protratta

Approccio Esclusione dell'alimentazione dalla bocca mediante derivazioni gastriche percutanee  
 Possibilmente per via laparoscopica, Laparotomia mediana o trasversa in caso di necessità  
 Toracotomia se perforazione esofagea



**Rischi**

- Disfagia residua da dismotilità, da stenosi del diaframma, del manicotto o da ernia del manicotto con compressione esofagea
- Reflusso gastro-esofageo da manicotto non sufficientemente stretto o erniato in mediastino
- Difetto di svuotamento gastrico con conseguente ostruzione o recidiva del RGE da dislocamento/distruzione del manicotto
- Possibili lesioni vagali con complicanze motorie anche gravi da trattare con procedure chirurgiche o derivazioni per alimentazione
- Perforazione esofagea con necessità di nutrizione clinica (parenterale ed entrale) con posizionamento di un sondino
- Sepsì da mediastinite e conseguente shock settico
- Pneumotrache/pneumomediastino con necessità di posizionare un drenaggio
- Emorragia
- Splenectomia da lacerazione splenica
- Re-intervento per insuccesso o per manicotto troppo stretto o per difetto di svuotamento gastrico
- Perforazione e necessità di confezionare una esofagostomia ed una gastrostomia e possibile successiva sostituzione esofagea
- Necessità di eseguire manovre aggiuntive invasive per migliorare lo svuotamento gastrico anche con manicotto funzionante
- Possibilità di lasciare il sondino naso-gastrico per tempi più prolungati in attesa di un miglioramento della gastroparesi transitoria
- Possibilità di eseguire una endoscopia per dilatare il manicotto e/o il piloro e/o gastrostomia per ridurre la distensione gastrica od in caso di disfagia assoluta non risolvibile endoscopicamente o chirurgicamente
- Dislocamento della gastrostomia con necessità di reintervento per peritonite o malfunzionamento
- Necessità di reintervento per complicanze maggiori (alto rischio visto la patologia di base del paziente)

**Periodo Post-operatorio**

- Sondino naso-gastrico in base alle difficoltà chirurgiche, La mattina dopo l'intervento ripresa della progressiva alimentazione
- Dimissione - In seconda giornata, salvo problemi clinici evidenti
- Follow-up: Clinico e Strumentale in base al quadro clinico – Sostituzione della protesi gastrostomica (da definire)

**Complicanze dopo la dimissione**

- Disfagia - Alterato svuotamento gastrico (gas bloat, dumping, etc.)
- Recidiva del reflusso gastro-esofageo - Recidiva dei sintomi
- Ostruzione esofagea/gastrica - Erniazione del manicotto con strozzamento
- Necessità di terapia medica (anche in assenza di reflusso)
- Necessità di terapia chirurgica reiterativa
- Reintervento per sostituzione protesi gastrostomica

E' possibile eseguire procedure chirurgiche maggiori in caso di complicazioni. Queste possono essere riscontrate durante lo stesso intervento o successivamente necessitando di un'ulteriore anestesia generale ed intervento chirurgico.

Qualunque complicanza può rendere necessario il trasferimento in rianimazione e può essere causa di peggioramento.

L'operatore si riserva di eseguire tutte le manovre che ritiene necessarie per il buon decorso dell'intervento chirurgico e per il benessere del paziente seguendo lo spirito del "bonus pater familiae".

**Dichiaro di essere stato informato :**

- delle condizioni del minore e dei motivi che hanno richiesto la pratica sanitaria proposta;
- della natura dell'intervento e della sua portata ed estensione (descrizione intervento a cura di U.O.);
- dell'attività del singolo medico e/o di tutta l'equipe;
- delle possibili complicanze, i prevedibili rischi specifici con le rispettive percentuali di rischio in rapporto a:
  - situazione soggettiva del paziente;
  - stato dell'arte della disciplina;
  - stato di efficienza e livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui si opera dei risultati conseguibili e dei benefici ragionevolmente attesi dall'intervento proposto;
- degli effetti collaterali conosciuti correlati al trattamento proposto;
- dell'esistenza di eventuali trattamenti alternativi ed i rischi specifici di questi ultimi.

Pertanto: Acconsento all'attuazione della pratica sanitaria secondo quanto sopra proposto.

I medici che hanno in cura il piccolo si impegnano ad informare i famigliari su ogni ulteriore procedura diagnostico – terapeutica che verrà posta in essere, sul relativo piano di cura.

Genova, li \_\_\_\_\_

Il Paziente/Genitori/Tutori legali \_\_\_\_\_

L'Informatore/Operatore \_\_\_\_\_