

Foglio informativo concernente il cerchiaggio del collo uterino

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Quanto segue deve servirle da spiegazione e non deve essere motivo di allarme. L'intervento previsto verrà discusso personalmente con lei: chiedi tutto ciò che non le è chiaro o che le sembra essere importante. Dica pure se non desidera saperne troppo in merito.

Motivo dell'intervento: questo intervento ha per scopo di preservare la gravidanza in pazienti che hanno perso una o più gravidanze nel secondo trimestre a causa di un raccorciamento o una dilatazione precoce del collo uterino o ancora in pazienti con collo uterino corto a causa di precedenti operazioni.

La tecnica: l'intervento consiste nel porre un filo attorno al collo al fine di tenerlo chiuso. L'intervento avviene in anestesia generale o anestesia peridurale ed avviene per via vaginale. Sarà l'anestesista a decidere quale anestesia scegliere.

Rischi e complicazioni: il cerchiaggio può causare contrazioni uterine e per questo motivo riceverà farmaci adatti. Malgrado tali prevenzioni possono insorgere contrazioni forti o una rottura della borsa delle acque che possono provocare un aborto.

Dopo l'operazione: il medico deciderà quanto tempo dovrà restare ricoverata. Malgrado il cerchiaggio sono necessarie altre misure di prevenzione. Se siete di gruppo Rhesus negativo riceverete una iniezione di anticorpi-Rhesus positivo, al fine di evitare che il vostro organismo formi anticorpi.

Normalmente il cerchiaggio viene tolto nella 37ma settimana di gravidanza o in caso di parto imminente oppure ancora in caso di rottura della borsa delle acque.

Spese: a carico della cassa malati. In caso di assicurazione complementare per camera semi- o privata ne accerti la copertura.

Domande:

Colloquio informativo Traduttore/interprete:

Operazione proposta:

Schizzo dell'operazione: (metodo, incisione, parte asportata, ricostruita, ecc., lato sinistro, destro)

Osservazioni del medico sul colloquio informativo (p. es. rinuncia motivata alle spiegazioni; situazione personale a rischio: età, cardiopatia, obesità, ecc.).

Altra possibilità di trattamento:

Data:

Ora:

Durata del colloquio:

Incarico di trattamento

Il dottor/La dottoressa _____ si è intrattenuto(a) con me in un colloquio informativo. Ho capito le spiegazioni e posto tutte le domande che mi interessavano. Mi è stata consegnata una copia del protocollo sul colloquio informativo.

Acconsento all'intervento previsto, come pure a eventuali cambiamenti ed estensioni, qualora si rivelassero necessari durante l'operazione.

Luogo, data:

Paziente:

Il testo a tergo è stato discusso con la paziente, le domande sono state chiarite e spiegate. La paziente ha ricevuto una copia del protocollo informativo sull'operazione che la riguarda.

Data, ora:

Medico:
