

## Ospedale San Giovanni di Dio

S.C. Chirurgia Generale

Dir. Dr. Alessandro Anastasi

### INFORMATIVA PER PAZIENTE CANDIDATO AD INTERVENTO CHIRURGICO DI RESEZIONE PANCREATICA

Gentile Sig./Sig.ra , lei è affetto/a da:

e pertanto, sulla base della localizzazione e dell'estensione della lesione e delle Sue condizioni generali di salute, dovrà essere sottoposta/o ad intervento chirurgico di:

Le informazioni contenute in questo modulo sono complementari a quelle fornite al momento della visita chirurgica. Possono aiutarLa a comprendere meglio la natura della patologia di cui Lei è affetta/o e le possibili modalità di trattamento. La preghiamo di leggere con attenzione quanto riportato, sperando sia comprensibile ed esaustivo anche per i non esperti in materia e di chiedere eventuali spiegazioni al Suo medico di riferimento prima e durante la Sua degenza.

**CHE COSA È.** Il pancreas è una voluminosa ghiandola situata profondamente nell'addome. Anatomicamente si suddivide in quattro porzioni:

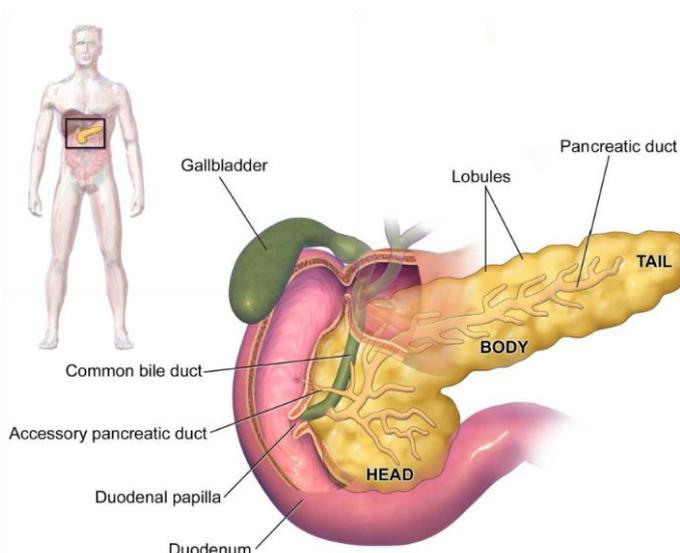
1. **Testa:** è in strettissimo rapporto con il duodeno ed è attraversata dal tratto finale della via biliare *mesenterica superiore*. Il dotto pancreatico e il coledoco sboccano nel duodeno attraverso una
2. **Istmo:** è il punto di passaggio tra la testa e il corpo.
3. **Corpo:** è la porzione più estesa e si trova a diretto contatto con la parete posteriore dello stomaco.
4. **Coda:** è la porzione terminale dell'organo in cui il pancreas si assottiglia e prende contatto con la milza e i vasi sanguigni che la irrorano.

Dagli acini pancreatici sono prodotti circa due litri al giorno di succo pancreatico (**porzione esocrina**) che è poi riversato nell'intestino per completare la digestione del cibo. Da alcuni gruppi di cellule dette "isole di Langerhans" (**porzione endocrina**), invece, sono prodotti e liberati nel sangue alcuni ormoni fra cui l'insulina ed il glucagone, necessari per il metabolismo degli zuccheri.

Il **pancreas** può essere sede di lesioni tumorali che possono richiedere trattamento chirurgico. Il tumore della porzione esocrina del pancreas più comune è l'**adenocarcinoma duttale** (tumore del pancreas esocrino). Altra famiglia di neoplasie pancreatiche è quella delle **neoplasie cistiche** (sierose o mucinose) e fra queste, la più frequente è la **IPMN** (neoplasia cistica mucinosa intraduttale), tumore a comportamento molto variabile. L'intervento nelle neoplasie cistiche mucinose e nell'IPMN è indicato in presenza di caratteristiche di alto rischio (*high-risk stigmata*) o di documentata trasformazione maligna. Anche la componente endocrina del pancreas può dare origine a tumori detti **neuroendocrini**, talvolta secernenti ormoni in maniera non regolata oppure del tutto asintomatici. Alcuni di questi tumori possono guarire solo con un intervento chirurgico di resezione del pancreas con intento radicale.

I tumori del **duodeno**, anatomicamente contiguo al pancreas, per cui può essere considerato l'intervento chirurgico sono l'**adenocarcinoma primitivo del duodeno**, il **tumore della papilla di Vater**, e i **GIST** (tumori stromali gastro-intestinali), per i quali è necessaria la resezione del pancreas e del duodeno stesso.

Anche dalla **via biliare terminale** può originarsi un tumore chiamato **colangiocarcinoma**, la cui asportazione radicale, per i rapporti di contiguità con il pancreas, necessita di una resezione pancreatica.



**BENEFICI DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO/INDICAZIONI.** L'intervento chirurgico di resezione pancreatica è indicato principalmente per i tumori del pancreas, della porzione distale della via biliare e per i tumori del duodeno tecnicamente non aggredibili senza asportazione della testa pancreatica. L'asportazione di parte o di tutto il pancreas è indicata anche per patologie più rare (pancreatite, metastasi, tumefazioni voluminose benigne) o può essere necessaria in corso di altri interventi chirurgici per ragioni tecniche o di radicalità oncologica.

La chirurgia di resezione pancreatica ha lo scopo di asportare il tumore del pancreas (della via biliare o del duodeno) e i linfonodi associati alla porzione dell'organo che deve essere rimossa e ripristinare la continuità dell'intestino, delle vie biliari e dell'eventuale residuo del pancreas tramite delle suture (anastomosi). Possono essere eseguiti esami istologici estemporanei intra-operatori per verificare l'assenza di neoplasia sul margine di resezione dei visceri residui.

Tutti i tessuti asportati sono inviati per l'esecuzione dell'esame istopatologico definitivo che contribuirà a definire l'estensione effettiva della malattia e l'eventuale indicazione al successivo trattamento farmacologico (chemioterapico) e/o radioterapico.

**PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO.** Per sottoporsi all'intervento chirurgico di resezione pancreatica non è generalmente necessaria una particolare dieta o una specifica preparazione dell'intestino. Saranno somministrati degli antibiotici come prevenzione delle infezioni e farmaci anticoagulanti per la prevenzione della trombosi vascolare.

**TECNICA OPERATORIA/ MODALITÀ DI SVOLGIMENTO.** L'intervento è eseguito in anestesia generale e con tecnica:

- **laparotomica**, cioè con una incisione più o meno estesa della parete addominale;
- **laparoscopica**, cioè una tecnica che prevede multipli accessi di piccole dimensioni attraverso i quali sono inseriti gli strumenti chirurgici e la telecamera. Questa tecnica potrebbe essere modificata di necessità, passando alla via laparotomica tradizionale, se si dovessero rilevare situazioni tali da non consentire la prosecuzione dell'intervento in sicurezza quali, ad esempio, anomalie anatomiche, altre patologie sconosciute o impedimenti di carattere tecnico.

In base alla localizzazione della malattia ed alle Sue condizioni cliniche dovrà essere sottoposta/o ad intervento chirurgico di:

- **Duodenocefalopancreasectomia:** prevede l'asportazione in un unico blocco del duodeno, della testa del pancreas (compresa la parte finale della via biliare), della colecisti e della prima parte dell'intestino tenue (prima ansa digiunale). La fase ricostruttiva prevede tre suture (anastomosi): quella pancreatica che ricollega il corpo del pancreas al digiuno o allo stomaco, per garantire il passaggio della secrezione pancreatica nel tubo digerente; quella biliare, che permette il passaggio della bile dal fegato all'intestino; quella digestiva che ripristina la continuità tra stomaco e intestino tenue. Talvolta il collegamento tra il dotto pancreatico e l'intestino può, in casi particolari, non essere ripristinato scegliendo di drenare il succo pancreatico all'esterno tramite un tubo.
- **Pancreasectomia distale:** prevede la resezione del corpo e della coda del pancreas con o senza l'asportazione della milza.
- **Pancreasectomia centrale:** prevede l'asportazione della porzione centrale del pancreas (istmo) al passaggio tra corpo e coda.
- **Pancreasectomia totale:** prevede l'asportazione in un unico blocco del duodeno, di tutto il pancreas, compresa la parte finale della via biliare, della colecisti e della prima parte dell'intestino tenue (prima ansa digiunale) ed eventualmente anche della milza. La fase ricostruttiva prevede due suture (anastomosi): quella biliare, che permette il passaggio della bile dal fegato all'intestino e quella digestiva che ripristina la continuità tra stomaco e intestino tenue.
- **Enucleazione o resezione atipica:** prevede l'asportazione isolata di lesioni pancreatiche con asportazione variabile di tessuto pancreatico circostante la lesione.
- **Termoablazione per radiofrequenza:** prevede l'applicazione diretta sulla neoplasia di onde elettromagnetiche con aumento della temperatura all'interno del tumore e conseguente distruzione delle cellule maligne.

In alcuni casi la procedura chirurgica programmata potrebbe essere modificata per necessità specifiche nel corso dell'intervento: ad esempio un intervento di pancreasectomia parziale potrebbe essere convertito in una pancreasectomia totale.

In alcuni interventi, in rapporto alla valutazione intra-operatoria, per ottenere la radicalità oncologica, può rendersi necessaria l'asportazione di altri organi adiacenti al pancreas o parte di essi. Per lo stesso motivo, in alcuni casi, può risultare necessaria la resezione e la ricostruzione di vasi sanguigni venosi e/o arteriosi adiacenti al pancreas quando questi risultino interessati dal processo tumorale.

Per tumori che risulteranno alla valutazione intra-operatoria in stadio più avanzato del previsto, potrebbe non essere possibile eseguire l'intervento programmato, ma si dovrà optare per uno più limitato o finalizzato alla risoluzione dei sintomi della malattia neoplastica (palliazione). Potranno essere eseguiti interventi di derivazione biliare o gastrica (cioè creazione di una nuova via tra tratto biliare o lo stomaco e l'intestino), di posizionamento di protesi endoscopiche all'interno della via biliare o di inserimento di dispositivi nell'intestino (digiunostomia) per garantire l'alimentazione.

Potrebbe anche essere necessario, in caso di tumori molto avanzati, interrompere l'intervento chirurgico.

A fine intervento, a giudizio del chirurgo, potrebbero essere posizionati uno o più drenaggi (tubicini di gomma), necessari per aspirare i liquidi che si possono formare in sede di intervento e che, di norma sono rimossi prima della dimissione.

**DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO.** In base all'entità dell'intervento eseguito potrà essere necessario il monitoraggio continuo dei parametri vitali con ricovero presso il reparto di Terapia Intensiva o Subintensiva. Il periodo di degenza dopo l'intervento di resezione pancreatica è variabile e dipende dal tipo di intervento, dalle Sue condizioni generali e dalle eventuali complicanze che possono insorgere nel post-operatorio. Durante la degenza saranno somministrati farmaci antidolorifici, liquidi per idratazione endovenosa, terapia anticoagulante ed eventualmente antibiotica. La ripresa dell'alimentazione sarà graduale e, qualora non fosse possibile, potrebbe rendersi necessaria la somministrazione di una nutrizione artificiale parenterale (attraverso un accesso venoso), oppure enterale (attraverso un sondino che dal naso arriva fino all'intestino). Per sopperire alla mancanza degli enzimi digestivi pancreatici, potrebbe essere necessario assumerne di sostitutivi tramite compresse. Dopo una pancreatectomia totale si instaura una condizione di diabete mellito secondario per cui deve essere introdotta una terapia con insulina. Il diabete può insorgere anche in caso di resezioni pancreatiche parziali, senza possibilità di prevederlo. Nel caso in cui fosse necessario asportare anche la milza, si può verificare un incremento delle piastrine, con rischio di trombosi e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità ed infezioni per le quali è previsto un protocollo di vaccinazione. La degenza post-operatoria è di circa 10 giorni se la procedura non è gravata da complicanze. I casi clinici oncologici saranno presi in carico dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare di riferimento (**GOM**) per il successivo percorso diagnostico-terapeutico.

**COSA FARE DOPO LA DIMISSIONE.** Nei giorni successivi alla dimissione Lei dovrà in generale attenersi alla dieta indicata. Potrebbe essere necessario l'utilizzo di una pancera contenitiva nel post-operatorio e nei mesi successivi. È previsto un controllo clinico a distanza di circa 10 giorni dalla dimissione per l'eventuale rimozione delle suture cutanee (punti).

**RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE.** I soggetti maggiormente a rischio per l'insorgenza di complicanze sono i pazienti obesi, fumatori, ipertesi, diabetici, cardiopatici, vasculopatici o immunodepressi e il rischio individuale varia in base al grado di funzionalità degli organi vitali, quali il cuore, i reni e polmoni. Ne consegue che la compromissione di uno o più di questi organi aumenta il rischio di complicanze post-operatorie e quindi della mortalità. La chirurgia del pancreas, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi in quanto le strutture interessate possono andare incontro a sofferenza temporanea o definitiva anche per una serie di cause che prescindono dalla corretta tecnica operatoria. Pertanto, nonostante l'intervento sia eseguito nel pieno rispetto e conoscenza delle strategie e tecniche chirurgiche più attuali e nell'osservanza delle attuali linee guida, possono comunque verificarsi molteplici complicanze distinguibili in precoci (intra-operatorie/postoperatorie immediate) e tardive, che potrebbero anche richiedere un re-intervento chirurgico.

#### **Complicanze precoci.**

COMPLICANZE INTRA-OPERATORIE E POST-OPERATORIE IMMEDIATE SPECIFICHE.

Nel caso in cui l'intervento sia condotto con **tecnica video-assistita** si possono verificare complicanze legate a questi particolari tipi di tecnica quali:

- **lesioni di grossi vasi**, al momento della introduzione delle sonde;
- **enfisema sottocutaneo o mediastinico**: diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace;
- **embolia polmonare gassosa**, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o **ipercapnia**, causata dall'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue.

#### COMPLICANZE INTRA-OPERATORIE.

- **emorragie e/o ematomi**, che possono richiedere emostrafusioni con il relativo **rischio infettivologico**;
- **lesioni di organi o strutture circostanti** che generalmente possono essere riparate durante l'intervento stesso.

#### COMPLICANZE POST-OPERATORIE.

- **emorragie o ematomi**, che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico e/o eventuali emotrasfusioni, con il relativo **rischio infettivologico**;
- **deiscenza o fistola delle anastomosi**, cioè la mancata guarigione completa della sutura con perdita nell'addome di quantità variabile del contenuto del viscere;
- **pancreatite del moncone**, cioè un processo infiammatorio che può insorgere sulla porzione di pancreas rimasta dopo la resezione. Questa condizione, talvolta molto grave, può esitare in perdita della funzione del pancreas o lesione di altri organi o vasi sanguigni addominali;
- **fistola pancreatica**, cioè la perdita di una quantità variabile di succo pancreatico dal moncone residuo in addome;
- **trombosi della vena porta o di altri vasi dell'addome**, cioè la formazione di coaguli all'interno dei vasi sanguigni che possono ostacolare o impedire il passaggio del sangue;
- **ischemia intestinale**, cioè l'ostacolo all'afflusso di sangue in uno dei vasi che nutre un determinato tratto di intestino con conseguente sofferenza del viscere che può aggravarsi fino alla perforazione;
- **perforazione intestinale o di altri visceri cavi** (presenza di un foro che interrompe la continuità intestinale) con conseguente fuoriuscita di liquido enterico dal lume intestinale nel cavo addominale e possibile insorgenza di **peritoniti** localizzate o diffuse;
- **peritonite**, cioè un'infiammazione più o meno estesa della membrana che ricopre internamente la cavità addominale e gli organi in essa contenuti;
- **trombosi venosa profonda**, formazione di coaguli in vasi venosi profondi (principalmente delle gambe) con la possibilità che si stacchino e vadano ad occludere il flusso del sangue attraverso i polmoni (**embolia polmonare**); - **occlusione intestinale precoce**, cioè un'interruzione meccanica del transito intestinale a causa di una aderenza tra le anse intestinali o una torsione dell'ansa stessa, o uno stato di blocco funzionale del movimento intestinale; - **infezione o ascessi addominali**, cioè la formazione di raccolte all'interno della cavità addominale di liquido contaminato da batteri o altri microorganismi;
- **infezioni precoci e/o tardive della ferita chirurgica** che potrebbero comportare come esito il peggioramento estetico delle cicatrici;
- **infezioni o lesioni da decubito nella regione naso-faringea** per l'eventuale presenza prolungata del sondino naso gastrico;
- **lesioni neurologiche da stiramento di nervi** dovute al posizionamento sul letto operatorio con possibili deficit neurologici sensitivi e/o motori temporanei o permanenti. **Complicanze tardive.**
- **stenosi delle anastomosi** (restringimento nelle sedi delle ricostruzioni viscerali) con ostacolo al passaggio di cibo, bile o succo pancreatico;
- **occlusione intestinale tardiva**, cioè un'interruzione meccanica del transito intestinale, a causa di una aderenza tra le anse intestinali o una torsione dell'ansa stessa;
- **formazione di fistole** tra i visceri o tra questi e la parete addominale fino alla cute, cioè l'insorgenza di una via di comunicazione patologica tra due regioni non normalmente collegate;
- **laparoceli**: ernie addominali tardive che si possono formare in corrispondenza delle cicatrici chirurgiche e che possono richiedere un intervento ricostruttivo della parete;
- **ritardato svuotamento gastrico**, cioè la difficoltà a svuotare lo stomaco completamente dopo il pasto che può accompagnarsi a vomito, nausea o difficoltà a tollerare la dieta solida;
- **cheloidi**: cicatrizzazione esuberante delle ferite cutanee, generalmente legate ad una caratteristica congenita del paziente più che alla tecnica 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), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

**CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO O RINUNCIA AL TRATTAMENTO CHIRURGICO PROPOSTO.** Il mancato intervento potrebbe determinare l'aggravamento dei disturbi legati alla Sua patologia e soprattutto l'evoluzione locale e la metastatizzazione (diffusione del tumore per via ematica e/o linfatica) ad altri organi fino alla morte.

**PROGNOSI E RISULTATO ATTESO.** Il risultato clinico è influenzato da diversi fattori, indipendenti dalla corretta esecuzione della tecnica chirurgica, quali l'età, le Sue condizioni generali, la diagnosi e il grado di avanzamento della malattia (confermati solo dall'esame istologico), il potenziale evolutivo della malattia, l'osservanza da parte Sua dei consigli e delle indicazioni fornite alla dimissione e nei successivi controlli. Nonostante il miglioramento delle tecniche impiegate, non sempre l'esito dell'intervento risulta essere prevedibile.

**ALTERNATIVE TERAPEUTICHE.** Per la patologia di cui è affetta/o non sono al momento validati trattamenti terapeutici, alternativi a quello chirurgico proposto, che abbiano efficacia pari o superiore. I trattamenti pre- o post-operatori chemioterapici o radioterapici sono complementari e non sostituiscono la chirurgia nella possibilità di guarigione dalla malattia.

**INFORMAZIONI IMPORTANTI.** Nel caso in cui Lei fosse d'accordo a sottoporsi all'intervento chirurgico proposto, sarà programmato il ricovero dopo l'inserimento in una **lista d'attesa chirurgica** che prevede un codice di priorità in base all'urgenza clinica del Suo caso specifico. Successivamente sarà contattata/o dall'ufficio ricoveri dell'ospedale di riferimento per la data di preospedalizzazione.

**ATTENZIONE:** in tale occasione, dopo un eventuale incontro con il suo medico di famiglia, dovrà portare:

- copia della presente informativa firmata;
- tutta la documentazione clinica inerente al caso;
- elenco dei farmaci da Lei eventualmente assunti con il relativo dosaggio;
- copia dei principali referti medici o strumentali, che possono avere importanze ai fini del trattamento chirurgico (ad es. visita o esami cardiologici, rx torace, referti relativi a malattie croniche eventualmente presenti, ecc.).

INFORMATIVA CONSEGNATA DALLA/DAL DOTT. .... IN FASE DI ACCERTAMENTO CLINICO EFFETTUATO NEL CORSO DEL PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO

DATA

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

**Si ribadisce che quanto esposto emerge dallo stato attuale dell'arte e pertanto potrebbero verificarsi ulteriori indicazioni attualmente non descritte e che l'informativa è congrua con le indicazioni di cui alla legge 219 del 22.12.2017.**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

- Linee guida AIOM 2019.

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE PROPOSTE AL SIG./Sig.ra

ULTERIORI INFORMAZIONI DI DETTAGLIO RISPETTO AL CASO CLINICO DA TRATTARE CHIRURGICAMENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CHIARIMENTI RICHIESTI DALLA/DAL PAZIENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORMAZIONI FORNITE DALLA/DAL DOTT. .... IN FASE DI PRIMO COLLOQUIO INFORMATIVO  
DATA

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_ FIRMA DELLA/DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

**FORMULA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA CHIRURGICA PROPOSTA**

Io sottoscritto PASQUALE SAETTA sono stato informato in modo a me comprensibile dalla/dal DOTT. FRATARCANGELI RICCARDO sulla necessità di essere sottoposta/o all'intervento chirurgico di:

\_\_\_\_\_ ,  
sulla **natura della patologia** da cui sono affetta/o, delle **metodiche diagnostiche** necessarie alla migliore definizione della mia malattia, delle **alternative terapeutiche**, della **modalità di effettuazione della procedura** in oggetto, dei **verosimili risultati attesi**, nonché delle **possibili complicanze**, precoci e tardive comprese il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la dimissione, nonché delle **possibili conseguenze in caso di ritardo o di rifiuto del trattamento** chirurgico. Sono stata/o inoltre informata/o che condizioni di cui si prende atto solo in fase di esecuzione di intervento possono condurre a **variazioni della tecnica operatoria proposta**. Infine sono stata/o informata/o della possibilità che siano effettuate **riprese fotografiche o video** per scopi scientifici nel completo rispetto della mia privacy e di cui ho facoltà di acquisire copia.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente atto di adesione (consenso) in qualsiasi momento.

*Nel caso in cui la/il paziente risulti capace di comprendere ma si trovi nella **impossibilità di apporre la sua firma** o nel caso di soggetto **non vedente**, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri soggetti designati nel modulo della privacy).*

Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

**ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO:**

Firma della/del Paziente o del Legale Rappresentante o del Fiduciario \_\_\_\_\_

Firma del Primo Testimone \_\_\_\_\_

Firma del Secondo Testimone \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data e luogo

\_\_\_\_\_ Firenze

**FORMULA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA CHIRURGICA PROPOSTA**

Io sottoscritto ..... sono stato informato in modo a me comprensibile dalla/dal DOTT..... sulla necessità di essere sottoposta/o all'intervento chirurgico di:

\_\_\_\_\_ ,  
sulla **natura della patologia** da cui sono affetta/o, delle **metodiche diagnostiche** necessarie alla migliore definizione della mia malattia, delle **alternative terapeutiche**, della **modalità di effettuazione della procedura** in oggetto, dei **verosimili risultati attesi**, nonché delle **possibili complicanze**, precoci e tardive comprese il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la dimissione, nonché delle **possibili conseguenze in caso di ritardo o di rifiuto del trattamento** chirurgico. Sono stata/o inoltre informata/o che condizioni di cui si prende atto solo in fase di esecuzione di intervento possono condurre a **variazioni della tecnica operatoria proposta**. Infine sono stata/o informata/o della possibilità che siano effettuate **riprese fotografiche o video** per scopi scientifici nel completo rispetto della mia privacy e di cui ho facoltà di acquisire copia.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente atto di adesione (consenso) in qualsiasi momento.

*Nel caso in cui la/il paziente risulti capace di comprendere ma si trovi nella **impossibilità di apporre la sua firma** o nel caso di soggetto **non vedente**, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri soggetti designati nel modulo della privacy).*

Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto

**NON ACCONSENTO ALLA ESECUZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO:** \_\_\_\_\_

Firma della/del Paziente o del Legale Rappresentante o del Fiduciario \_\_\_\_\_

Firma del Primo Testimone  
\_\_\_\_\_

Firma del Secondo Testimone \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_, Firenze