

## Ricovero in Day Surgery

L'espressione "Day Surgery" definisce la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche, invasive o seminvasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno in anestesia locale, locoregionale o generale. La selezione dei pazienti tiene conto di criteri di idoneità clinica e socio-anagrafica.

Il Poliambulatorio Chirurgico Modenese è un Centro di Day Surgery, pertanto la degenza postoperatoria che seguirà l'intervento si limiterà alle ore diurne.

Nella rarissima eventualità in cui la dimissione a domicilio in giornata non risultasse possibile, è assicurata al paziente la prosecuzione del ricovero in ambiente ospedaliero adeguato, con trasferimento e degenza a carico del Poliambulatorio Chirurgico Modenese.

Al fine di garantirle la massima sicurezza, le elenchiamo alcune informazioni e raccomandazioni:

1. L'intervento verrà eseguito solo a completamento delle indagini preoperatorie prescritte e ad avvenuta visita anestesiologica preoperatoria con valutazione di idoneità all'intervento.
2. Si assicuri di aver letto attentamente e compreso appieno il Consenso all'Anestesia.
3. È necessario prevedere un accompagnatore adulto e responsabile per il rientro a domicilio, e che per 24 ore dopo l'intervento lei non rimanga mai solo.
4. La sera precedente l'intervento è consigliabile una cena leggera.
5. Al momento dell'intervento dovrà essere a digiuno da almeno 8 ore da cibi solidi e liquidi.
6. A titolo precauzionale, la notte del giorno dell'intervento è opportuno venga trascorsa in un luogo che consenta un rapido accesso ad un Pronto Soccorso (meno di 30 minuti di auto).
7. Dopo l'intervento potrà lasciare la struttura solo dopo valutazione e autorizzazione del chirurgo e/o dell'anestesista, e solo dopo aver ricevuto la Lettera di Dimissione e le indicazioni postoperatorie con le necessarie prescrizioni terapeutiche.

### Consenso informato al trattamento chirurgico in regime di Day Surgery

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

#### DICHIARO

- Di aver letto e compreso l'informativa sul Ricovero in Day Surgery
- Di aver compreso ed accettato che il ricovero presso il Poliambulatorio Chirurgico Modenese avverrà in regime di Day Surgery
- Di avere la possibilità, per il giorno dell'intervento, di essere accompagnato da persona adulta e responsabile
- Che nelle 24 ore successive all'intervento sarò sempre affiancato da persone in grado di assistermi
- Che trascorrerò la notte del giorno dell'intervento in luogo non distante da un Presidio Ospedaliero con Pronto Soccorso (meno di 30 minuti di auto)
- Che avrò a disposizione un apparecchio telefonico
- Di acconsentire consapevolmente al regime di ricovero concordato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente\* \_\_\_\_\_