**Unità Operativa/Divisione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Direttore/Responsabile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Dichiarazione di avvenuta informazione ed espressione del consenso all'atto medico-chirurgico nei casi di NEOPLASIE DEL RETTO***

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL MEDICO DELL’U.O. CHE FORNISCE L’INFORMAZIONE E ACQUISISCE IL CONSENSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA, ORA E LUOGO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO, PREVIA INFORMATIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro di voler essere edotto delle informazioni necessarie al rilascio del consenso al trattamento proposto, di voler non voler coinvolgere o incaricare in mia vece il familiare Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o convivente Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o fiduciario Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A seguito delle informazioni somministrate, dichiaro di essere stato/a informato/a in modo completo, chiaro e per me comprensibile della patologia da cui sono affetto/a che consiste in **NEOFORMAZIONE DEL RETTO e che per tale patologia, sulla base della stadiazione preoperatoria e delle linee guida internazionali, è indicato l'intervento chirurgico di RESEZIONE DEL RETTO CON LINFOADENECTOMIA**

La neoformazione riscontratami, in base alla stadiazione preoperatoria, risulta localizzata al

* **GIUNZIONE SIGMA-RETTO**
* **RETTO A CIRCA \_\_\_\_CM DAL MARGINE ANALE (secondo la visita e l’endoscopia preoperatoria)**
* **ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

con caratteristiche di:

* **MALIGNITÀ ACCERTATE ISTOLOGICAMENTE**
* **SOSPETTA MALIGNITA’ NON ACCERTATA ISTOLOGICAMENTE**
* **NON ASPORTABILITA’ ENDOSCOPICA**
* **ADENOCARCINOMA ASPORTATO ENDOSCOPICAMENTE CON FATTORI DI RISCHIO PER INTERESSAMENTO LINFONODALE**
* **PATOLOGIA NEOPLASTICA LOCALMENTE AVANZATA CON COINVOLGIMENTO DI ORGANI LIMITROFI (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **PRESENZA DI COINVOLGIMENTO DELL’APPARATO SFINTERIALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

con le seguenti caratteristiche desunte dalla stadiazione preoperatoria:

* **ASSENZA DI SECONDARISMI**
* **CON SECONDARISMI localizzati a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **PATOLOGIA NEOPLASTICA LOCALMENTE AVANZATA**

Sottoposto a **terapia neoadiuvante:**

* **SI (specificare se radio e/o chemio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **NO**

In presenza di fattori aggravanti:

* **SI** (sanguinante, sub-occludente, occludente, altro)
* **NO**

Sono stato/a informato/a che per la patologia sospettata l’intervento chirurgico potrebbe consistere in:

* **RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO CON ANASTOMOSI COLO-RETTALE**
* **RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO CON ANASTOMOSI COLO-RETTALE E STOMIA DERIVATIVA (ileostomia o colostomia)**
* **ESCISSIONE TOTALE DEL MESORETTO PER VIA TRANSANALE (o TaTME: TransAnal Total Mesorectal Excision) CON STOMIA DERIVATIVA (ileostomia o colostomia)**
* **RESEZIONE SECONDO HARTMANN CON COLOSTOMIA TERMINALE**
* **RESEZIONE ADDOMINOPERINEALE CON COLOSTOMIA DEFINITIVA**
* **RESEZIONE ULTRABASSA DEL RETTO CON CONFEZIONAMENTO DI ANASTOMOSI COLOANALE E STOMIA DI PROTEZIONE (ileostomia o colostomia)**
* **RESEZIONE ULTRABASSA DEL RETTO CON CONFEZIONAMENTO DI ANASTOMOSI COLOANALE IN DUE TEMPI (TECNICA DEL PULL-THROUGHT che prevede una ricostruzione in due tempi chirurgici eseguiti ad alcuni giorni di distanza)**
* **ALTRA RESEZIONE E/O RICOSTRUZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sono stato/a informato/a che in rari casi la localizzazione della neoformazione potrebbe variare rispetto alla iniziale localizzazione indicata dall’esame endoscopico e che questo potrebbe determinare una modifica nella strategia chirurgica preventivata al fine di ottenere una resezione colo-rettale adeguata con relativa linfoadenectomia.

Negli interventi di resezione intestinale di norma la continuità intestinale viene ripristinata tramite una anastomosi ossia ricongiungendo due monconi intestinali con una sutura eseguita con tecnica manuale o mediante apposite suturatrici meccaniche.

Mi è stato spiegato che durante l’intervento chirurgico al colon o al retto, a causa di riscontri e/o complicanze intra o post-operatorie, potrebbe comunque essere necessario confezionare una derivazione intestinale che prende il nome di STOMIA (ileostomia o colostomia a seconda del tratto intestinale utilizzato per la derivazione), e che potrebbe essere temporanea o definitiva.

**Mi è stato spiegato che nel mio caso la resezione intestinale, salvo diverso riscontro intraoperatorio, consisterà in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

L’intervento chirurgico propostomi sarà eseguito con approccio chirurgico:

□ **LAPAROTOMICO**  □ **VIDEOLAPAROSCOPICO** □ **ROBOTICO**

Mi è stato comunicato che l'intervento chirurgico proposto è il risultato di una valutazione accurata e di un approfondito confronto multidisciplinare condotto dal gruppo di specialisti sanitari che si occupano del mio caso. Questo gruppo comprende chirurghi, oncologi, gastroenterologi e altri esperti, i quali hanno attentamente analizzato le mie informazioni cliniche, i risultati diagnostici e le opzioni terapeutiche disponibili per prendere la decisione più appropriata nel mio caso specifico.

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti spiegazioni con particolare riguardo a: diagnosi, prognosi, benefici e rischi sia degli accertamenti diagnostici sia dei trattamenti sanitari indicati. Mi sono state illustrate le possibili alternative, le conseguenze del mio rifiuto dei trattamenti e/o accertamenti diagnostici, nonché della mia rinuncia agli stessi.

Mi è stato spiegato che ho diritto di rifiutare in tutto o in parte gli accertamenti diagnostici o i trattamenti o revocare il consenso prestato e mi sono state illustrate le conseguenze di tali decisioni.

Mi è stato spiegato che ho diritto di rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni o indicare una persona incaricata di riceverle e di esprimere il consenso in mia vece e che tutto sarà annotato in cartella e nel fascicolo sanitario.

**Dichiaro di aver compreso che durante l’intervento chirurgico potrebbe rendersi necessario modificare la strategia chirurgica** sulla base della valutazione intraoperatoria della cavità addominale.

Mi è stato illustrato con chiarezza che potrebbe rendersi necessaria, in caso di intervento iniziato per via laparoscopica e/o robotica, per impedimenti di carattere tecnico, legati al paziente (ad esempio motivi cardio-respiratori) o di altra natura, **una conversione in laparotomia** (solitamente con un’incisione verticale al centro dell’addome o in altre sedi a discrezione del chirurgo), per poter addivenire alla corretta diagnosi e/o al fine di concludere l’intervento in sicurezza.

Dichiaro di essere stato/a informato/a sulla patologia da cui sono affetto/a, sugli eventuali trattamenti terapeutici possibili e sugli interventi chirurgici che vengono attualmente posti in essere secondo le linee guida nazionali ed internazionali per il trattamento del tumore del colon-retto. Sono altresì a conoscenza che ogni trattamento viene eseguito in scienza e coscienza non solo in base alla patologia ma anche in base alle caratteristiche del paziente stesso (età, comorbidità, rischi chirurgici ed anestesiologici).

Mi è stato inoltre spiegato che possono verificarsi recidive di malattia a distanza variabile di tempo.

Mi hanno attentamente spiegato che verrò sottoposto ad un intervento definito di “CHIRURGIA MAGGIORE” e che i sanitari metteranno in atto tutte le conoscenze a loro disposizione al fine di ottenere il risultato migliore possibile e cercando di ridurre al massimo i fattori di rischio per la mia persona che non è possibile comunque mai azzerare.

Mi è stata fornita una chiara spiegazione riguardante il tipo di intervento, le finalità, i benefici, gli eventuali rischi, le possibili menomazioni che potrebbero derivare dall'intervento chirurgico al quale mi sottoporrò e che esiteranno una o più cicatrici.

Sono stato informato in modo chiaro ed esaustivo riguardo alle eventuali complicanze e/o conseguenze che possono derivare dall'intervento chirurgico proposto, indipendentemente dalla corretta esecuzione della procedura, di seguito elencate in modo esemplificativo e non esaustivo:

* **Alterazioni dell’alvo**: correlabili alla tipologia della resezione colica eseguita, alla sua entità ed alla particolare risposta individuale.
* **Sindrome da resezione anteriore**: caratterizzata da urgenza defecatoria, tenesmo, dolore all’evacuazione, incontinenza ed evacuazione incompleta si verifica con espressione variabile in un alto numero di pazienti specie se sottoposti a resezione del retto bassa o ultrabassa, la sintomatologia si va in genere attenuando con il passare dei mesi ma permane in circa 1/3 dei pazienti;
* **Infezioni della ferita chirurgica**: possono verificarsi precocemente o tardivamente e possono richiedere dal semplice trattamento medico alla revisione chirurgica in base alla loro gravità;
* **Ritardi della canalizzazione**: definito anche “ileo” è un ritardo riavvio della canalizzazione intestinale dopo intervento chirurgico che in genere tende a risolversi con trattamento conservativo ma può richiedere dal trattamento farmacologico alla necessità di revisione richirurgica;
* **Laparoceli**: sono ernie che vengono a formarsi in corrispondenza delle incisioni chirurgiche dovute ad un indebolimento delle strutture della parete addominale, in genere necessitano di un intervento chirurgico per essere corretti;
* **Sanguinamento** intra o post-operatorio, avviene di solito entro le prime 48 ore e può determinare una EMORRAGIA piu’ o meno grave o il formarsi di un EMATOMA. Il trattamento può richiedere da un attento monitoraggio clinico con o senza trasfusioni di emazie fino alla necessità di manovre invasive endoscopiche e/o radiologiche o di un nuovo intervento chirurgico;
* **Deiescenza dell’anastomosi**: consiste nella mancata guarigione della sutura intestinale determinando una fistola enterica con fuoriuscita del contenuto intestinale nella cavità addominale. Questa evenienza può portare a peritoniti localizzate o diffuse che possono richiedere un reintervento chirugico con il confezionamento di una stomia (ileostomia o colostomia) temporanea o permanente. Il rischio di complicanze anastomotiche è maggiore in seguito a terapie neoadiuvanti e quanto più vicina all’ano si trova l’anastomosi, nonché nel caso in cui l’intervento venga effettuato in condizioni di urgenza o in pazienti defedati;
* Formazione di **Raccolte o ascessi intra-addominali** e/o intraparietali che possono richiedere trattamenti percutanei e/o chirurgici;
* **Lesioni della milza:** a causa di particolari condizioni anatomiche, complicanza intraoperatoria che può richiedere l’asportazione della milza (SPLENECTOMIA); tale procedura può comportare, nel post-operatorio, un incremento delle piastrine, con rischio di trombosi, disturbi dell’immunità con conseguente maggiore sucettibilità alle infezioni;
* **Occlusioni intestinali** che possono essere determinate da tessuto aderenziale o da torsioni delle anse intestinali e rendere necessario un ulteriore intervento chirurgico per la risoluzione del problema;
* **Disturbi urologici della sfera sessuale** particolarmente a causa dell’interruzione di sottili strutture nervose, non sempre facilmente identificabili, dopo chirurgia sul colon sinistro (più raramente) e sul retto e che possono manifestarsi con ritenzione urinaria, eiaculazione retrograda, disturbi dell’erezione;
* **Stenosi dell’anastomosi**: restringimento cicatriziale a livello della sutura dell’intestino che è spesso risolvibile con manovre endoscopiche ma può richiedere anche la necessità di un reintervento. Il rischio di complicanze anastomotiche è maggiore nel caso l’intervento venga effettuato in condizioni di urgenza.
* **Lesione degli ureteri:** complicanza in genere legata a casi di patologie localmente avanzate con alterazione della normale anatomia, situazione che rende più difficoltoso il loro isolamento e risparmio in corso di chirurgia;
* **Lesione neurologiche periferiche**: possono essere determinate da compressioni dovute alla posizione protratta del paziente sul letto operatorio, generalmente si risolvono con una ripresa funzionale e comunque in sala operatoria verranno poste in atto tutte le misure dovute ad evitare questa spiacevole e rara evenienza;
* **Complicanze della stomia**: l’infezione della parete addominale e/o della cute circostante. Tra le complicanze specifiche della stomia possono verificarsi il distacco della stomia dalla parete addominale, l’ischemia, l’erniazione, il prolasso, la stenosi. Tali complicanze vengono spesso trattate in modo conservativo ma in alcuni casi possono richiedere una revisione chirurgica o un riconfezionamento della stomia;
* **Lesione dei grossi vasi**: associata a particolari condizioni e/o complessità anatomiche.
* **Altre complicanze**: Altre possibili complicanze includono enfisema sottocutaneo o mediastinico, embolia polmonare gassosa, ipercapnia (causato dalla diffusione dei gas utilizzati in chirurgia mininvasiva).
* **Complicanze da sepsi:** La sepsi rappresenta una grave infezione generalizzata del corpo. Può verificarsi come risultato di un'infezione che si sviluppa nella zona operata o si diffonde da altre parti del corpo.
* **Complicanze sistemiche** che coinvolgono il cuore, i polmoni, i reni, il fegato e il sistema nervoso. Queste complicanze possono variare in frequenza e gravità a seconda delle condizioni preesistenti. L'equipe medica adotterà misure preventive e monitorerà attentamente il paziente per rilevare e trattare tempestivamente eventuali complicanze sistemiche.
* **Decesso**: l'incidenza delle complicanze può essere influenzata da malattie preesistenti e dalla gravità della condizione clinica. In casi rari, le complicanze possano gravare fino a poter determinare, il decesso.

Mi è stato illustrato che in caso di rinuncia e/o rifiuto di trattamenti necessari per la mia sopravvivenza mi verranno chiarite le conseguenze, le possibili alternative e sarà promossa ogni possibile azione di sostegno affinché sia volontaria e consapevole la manifestazione della mia volontà.

Sono stato informato che la mia accettazione, revoca o rifiuto ai trattamenti saranno annotati in cartella e nel fascicolo elettronico sanitario.

Sono stato informato che comunque non posso esigere trattamenti contrari alla legge, alla deontologia professionale dei curanti, alle buone pratiche cliniche assistenziali e che di fronte a queste richieste i Sanitari non hanno alcun obbligo di esecuzione né possono essere responsabili della mancata ottemperanza.

Sono stato anche informato che i tassi di insorgenza delle eventuali complicanze, anche nel postoperatorio, possono variare a seconda delle condizioni cliniche del paziente e della gravità della patologia.

Sono stato reso edotto che qualora ricorra un pericolo attuale di danno grave alla mia persona o pericolo di vita non altrimenti evitabile, o se si verifichino difficoltà nell'eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, i sanitari curanti adotteranno tutte le pratiche ritenute idonee per prevenire o limitare il pericolo e, comunque, **eseguire l'intervento chirurgico nel modo più sicuro possibile, anche se ciò dovesse comportare modifiche al programma terapeutico precedentemente illustrato**.

Mi è stato illustrato il rischio che l’intervento possa non essere risolutivo e che possa quindi residuare o recidivare la patologia per cui è stato indicato l’intervento.

Sono stato reso edotto che, sulla base delle condizioni emodinamiche e respiratorie riscontrate a fine intervento, potrebbe essere necessario il trasferimento post-operatorio presso un reparto di terapia intensiva, presso questo ospedale o, in caso di mancanza di posto letto, presso altro ospedale individuato dal servizio di emergenza a seguito di ricerca di posto letto;

che nelle situazioni di assoluta emergenza, urgenza i componenti dell’equipe sanitaria mi assicureranno le cure necessarie anche quando le mie condizioni cliniche e le circostanze non consentano di recepire la mia volontà.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Paziente e/o Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Medico dell’U.O.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Ciò premesso:

* Il sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella piena capacità di intendere e di volere, dopo essere stato/a edotto/a in maniera completa, esaustiva e comprensibile ed in un tempo di comunicazione ritenuto congruo e non avendo ulteriori domande da porre riguardo all’intervento chirurgico che è stato proposto,
* L’avente diritto/rappresentante legale o esercente la potestà in qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assume la presente dichiarazione per conto del/della paziente (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che allo stato attuale è impossibilitato/a ad esprimere valido consenso perché minore/inabilitato/incapace/interdetto, dopo essere stato edotto in maniera completa, esaustiva e comprensibile ed in un tempo di comunicazione ritenuto congruo, e non avendo ulteriori domande da porre riguardo all’intervento chirurgico che è stato proposto e dopo che comunque sono state fornite informazioni all'incapace e/o minore con riguardo alla sua possibilità di comprensione, maturità e possibilità di esprimere volontà (gli aventi diritto vengono resi edotti che in caso di conflitto con la volontà anche parzialmente espressa dal minore/incapace o conflitto tra il rappresentate legale che rifiuti le cure e il medico che le ritenga appropriate e necessarie, la decisione sarà rimessa al Giudice tutelare, tranne in casi di emergenza/urgenza),

**consapevolmente dichiara**:

* Accetto il trattamento chirurgico proposto dall'equipe di questa Unità Operativa anche autorizzando i sanitari curanti individualmente o in equipe, al trattamento di eventuali patologie aggiuntive che possano essere rilevate durante l'intervento chirurgico, nel rispetto degli standard di cura e della mia volontà. Inoltre, autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati per scopi diagnostici e di ricerca scientifica.
* Acconsento alla registrazione audio e video e/o riprese e fotografie durante le procedure diagnostiche e/o terapeutiche, e alla loro eventuale archiviazione, e che queste vengano utilizzate a scopi di ricerca scientifica nonché ai fini di audit e per il monitoraggio del rischio clinico, nel rispetto della mia privacy e delle normative sulla protezione dei dati personali.
* Rifiuto il trattamento chirurgico proposto dall'equipe di questa Unità Operativa.
* Rinuncio agli accertamenti diagnostici e/o ai trattamenti sanitari proposti e revoco il consenso precedentemente prestato all’atto chirurgico

Prendo atto che la mia accettazione, la revoca, il rifiuto saranno annotati nella cartella clinica e/o nel fascicolo sanitario elettronico e che il rifiuto la rinuncia o la revoca, finché possibile, rende esente l'equipe medica da responsabilità civile e/o penale.

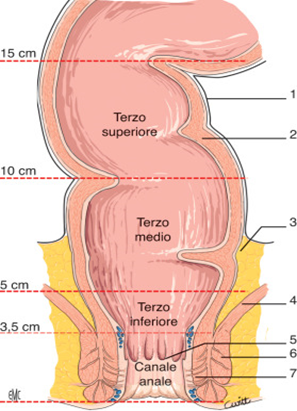
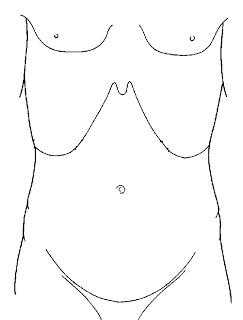
Si dà atto che l’acquisizione del consenso è avvenuta:

* in lingua italiana
* con traduzione in lingua comprensibile al paziente a mezzo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Paziente e/o Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Medico dell’U.O.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**** 

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) Linee Guida neoplasie del Retto ed Ano- Edizione 2020 <https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2021/01/2020_LG_AIOM_-Retto_e_Ano.pdf>

- Pachler J, Wille‐Jørgensen P. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD004323.

- Bryant CL, Lunniss PJ, Knowles CH, Thaha MA, Chan CL. Anterior resection syndrome.

Lancet Oncol. 2012;13:e403-8

- Lee SJ, Park YS. Serial evaluation of anorectal function following low anterior resection of the rectum. Int J Colorectal Dis. 1998;13(5–6):241–6.

- Rouanet P, Mourregot A, Azar CC, Carrere S, Gutowski M, Quenet F, Saint-Aubert B, Colombo PE (2013) Transanal endoscopic proctectomy: an innovative procedure for difficult resection of rectal tumors in men with narrow pelvis. Dis Colon Rectum 56:408–415.

- Lacy AM, Tasende MM, Delgado S, Fernandez-Hevia M, Jimenez M, De Lacy B, Castells A, Bravo R, Wexner SD, Heald RJ (2015) Transanal total mesorectal excision for rectal cancer: outcomes after 140 patients. J Am Coll Surg 221:415–423.

- Flynn DE, Mao D, Yerkovich ST, Franz R, Iswariah H, Hughes A, Shaw IM, Tam DPL, Chandrasegaram MD. The impact of comorbidities on post-operative complications following colorectal cancer surgery. PLoS One. 2020 Dec 23;15(12):e0243995.

- Chen D, et al. [Postoperative bleeding risk prediction for patients undergoing colorectal surgery.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30033185/)  Surgery. 2018 Dec;164(6):1209-1216

- Lemmens VE, Janssen-Heijnen ML, Houterman S, Verheij KD, Martijn H, van de Poll-Franse L, Coebergh JW. Which comorbid conditions predict complications after surgery for colorectal cancer? World J Surg. 2007 Jan;31(1):192-9. doi: 10.1007/s00268-005-0711-8

- Krielen P, Stommel MWJ, Pargmae P, Bouvy ND, Bakkum EA, Ellis H, Parker MC, Griffiths EA, van Goor H, Ten Broek RPG. Adhesion-related readmissions after open and laparoscopic surgery: a retrospective cohort study (SCAR update). Lancet. 2020 Jan 4;395(10217):33-41.

- Tatar C, Benlice C, Delaney CP, Holubar SD, Liska D, Steele SR, Gorgun E. Modified frailty index predicts high-risk patients for readmission after colorectal surgery for cancer. Am J Surg. 2020 Jul;220(1):187-190.

- Zimmermann MS, Wellner U, Laubert T, Ellebrecht DB, Bruch HP, Keck T, Schlöricke E, Benecke CR. Influence of Anastomotic Leak After Elective Colorectal Cancer Resection on Survival and Local Recurrence: A Propensity Score Analysis. Dis Colon Rectum. 2019 Mar;62(3):286-293.

- Chen D, Afzal N, Sohn S, Habermann EB, Naessens JM, Larson DW, Liu H. Postoperative bleeding risk prediction for patients undergoing colorectal surgery. Surgery. 2018 Dec;164(6):1209-1216.

- Tekkis PP, Kessaris N, Kocher HM, Poloniecki JD, Lyttle J, Windsor AC. Evaluation of POSSUM and P-POSSUM scoring systems in patients undergoing colorectal surgery. Br J Surg. 2003 Mar;90(3):340-5.

- P P Tekkis, D R Prytherch, H M Kocher, A Senapati, J D Poloniecki, J D Stamatakis, A C J Windsor, Development of a dedicated risk-adjustment scoring system for colorectal surgery (colorectal POSSUM), British Journal of Surgery, Volume 91, Issue 9, September 2004, Pages 1174–1182

- Merchea A, Dozois EJ, Wang JK, Larson DW. Anatomic mechanisms for splenic injury during colorectal surgery. ClinAnat 2012; 25: 212–7.

- Choi HK, Law WL, Ho JW. Leakage after resection and intraperitoneal anastomosis for colorectal malignancy: analysis of risk factors. Dis Colon Rectum. 2006;49:1719–1725.

- Sørensen LT, Jørgensen T, Kirkeby LT, et al. Smoking and alcohol abuse are major risk factors for anastomotic leakage in colorectal surgery. Br J Surg. 1999;86:927–931.