

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

del Sig./Sig.ra _____ data di nascita _____

Mi è stato proposto dal Dott. _____ un intervento chirurgico di:

ARTROPROTESI DI GINOCCHIO _____

Dichiaro di essere stato informato/a del tipo di intervento da eseguire, degli scopi che l'intervento si propone, delle difficoltà ad esso legate, delle possibilità e probabilità dei risultati ottenibili, dei rischi e delle possibili complicazioni connesse all'intervento stesso. Sono consapevole che le caratteristiche della mia malattia rendono poco efficaci trattamenti alternativi, mentre l'impianto di un'artroprotesi consente di abolire il dolore e di restituire un ampio movimento all'articolazione.

Mi sono state menzionate le possibili più importanti complicazioni intra- e post-operatorie che possono avvenire in una certa variabile percentuale di casi:

Lesioni dei vasi o dei nervi o fratture dell'osso.

Ritardo di cicatrizzazione della ferita e/o necrosi cutanea.

Flebotrombosi: è una complicazione frequente. Può non dare nessun sintomo ma in una piccola percentuale di casi può provocare una embolia polmonare, che è una complicazione molto temibile e pericolosa per la vita del Paziente.

Nella nostra Clinica si esegue regolarmente un trattamento profilattico aggiornato di continuo che riduce notevolmente ma non esclude completamente la possibilità di insorgenza della flebotrombosi.

Infezione: anche questa è una complicazione grave che può causare il fallimento dell'operazione e obbligare alla rimozione della protesi e alla sua eventuale successiva sostituzione.

Limitazione della motilità del ginocchio: non in tutti i casi il movimento del ginocchio raggiunge

i 120° desiderabili, In caso di motilità molto ridotta può rendersi necessaria una mobilizzazione in narcosi o una lisi artroscopica.

Marcato e persistente gonfiore del ginocchio: è una complicanza minore che solo in alcuni casi può richiedere l'aspirazione del liquido (artrocentesi).

Sono a conoscenza del normale decorso post-operatorio, del protocollo riabilitativo, dei tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale e dell'autonomia che si completa di solito non prima di un anno. Essi sono connessi a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento (condizioni generali e locali antecedenti, possibilità rieducative) e non sono sempre esattamente prevedibili.

La durata dell'impianto può essere condizionata da attività e comportamenti impropri; mi impegno quindi ad un impiego funzionale corretto, sulla base delle prescrizioni che mi fornirà il Medico curante.

Dichiaro di autorizzare l'intervento propostomi e sono consapevole che nel corso di esso possono manifestarsi condizioni impreviste che rendono necessarie procedure diverse da quelle contemplate in origine: acconsento pertanto all'esecuzione di interventi alternativi che i chirurghi considerassero necessari. Vengono al contrario esplicitamente escluse estensioni del trattamento che non rivestono caratteri di urgenza e che

comporterebbero una variazione significativa dei tempi e delle modalità dell'intervento chirurgico e/o del decorso post-operatorio e/o dei risultati prospettatimi

Mi è stato comunicato che è necessario l'impiego di trasfusioni di sangue che avverranno in tutto o in parte con tecniche di autotrasfusione o di recupero intra-operatorio del sangue, ove queste tecniche siano possibili, o altrimenti con sangue omologo.

Al fine di favorire il progresso delle conoscenze mediche, acconsento alla presenza di osservatori scientifici, alle riprese foto e cinematografiche dell'intervento, a patto che non venga rivelata l'identità del Paziente.

Ho ricevuto dal Medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione di questa dichiarazione e ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da acconsentire meditatamente.

Infine io sottoscritto/a dichiaro che nessuna garanzia o assicurazione mi è stata fornita circa i risultati ottenibili nel mio caso con l'intervento chirurgico.

Dichiaro, di aver letto attentamente il documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

Io sottoscritto medico dichiaro di aver verificato che il paziente ha ben compreso il contenuto di quanto esposto

Firma del Paziente: _____

Persona altra (qualifica e firma): _____

Firma del Medico: _____ **Data:** ___/___/___

IDENTIFICAZIONE SITO CHIRURGICO	INTERVENTO DI		
	<i>Contrassegnare con una X</i>	<i>Data</i>	<i>Firma del Medico:</i>
LATO CHIRURGICO	DESTRO		
	SINISTRO		

Io sottoscritto paziente dichiaro inoltre che il medico, coinvolgendomi pienamente, ha provveduto a contrassegnare con pennarello indelebile il sito chirurgico.

Firma del Paziente: _____