

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

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

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

CHIRURGIA ARTROSCOPICA _____

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.

Dichiaro di essere stato/a informato/a anche dei rischi che correrei se non fossi sottoposto/a al trattamento proposto.

Mi sono state comunque menzionate le possibili più importanti complicazioni intra- e post-operatorie che possono avvenire:

Rottura intra-articolare degli strumenti chirurgici utilizzati (si tratta di strumenti da artroscopia piccoli e sottili e perciò delicati).

Lesioni dei vasi

Lesioni dei nervi in particolare del plesso brachiale nelle artroscopie di spalla, di solito a regressione spontanea dopo un periodo di tempo più o meno lungo.

Rigidità articolare dopo ricostruzione dei legamenti crociati, quasi sempre temporanea ma che può richiedere manovre di mobilizzazione in narcosi, artrolisi artroscopica, artromiolisi.

Residua instabilità da secondario allentamento del neo-legamento, dopo ricostruzione legamentosa.

Flebotrombosi e infezioni (rare) per cui viene comunque eseguita profilassi

Sono a conoscenza del normale decorso post-operatorio, dei tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale e dell'autonomia, del protocollo riabilitativo. Essi sono connessi a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e non sempre sono esattamente prevedibili.

Dichiaro di autorizzare l'intervento propostomi e sono consapevole che nel corso di esso potrebbero evidenziarsi altre patologie associate per le quali esiste l'indicazione a un trattamento complementare immediato: lesioni cartilaginee, lesioni meniscali ecc. 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.

Mi è stato comunicato che con tale tecnica chirurgica risulta assolutamente improbabile la necessità di ricorrere ad emotrasfusioni.

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 che rappresentano l'obiettivo dell'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: _____

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: _____