

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

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

## REVISIONE DI PROTESI D'ANCA / 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 complicanze connesse all'intervento stesso. So che la rimozione e sostituzione della protesi che mi era stata installata si è resa necessaria per il suo allentamento settico/asettico e che si tratta dell'unica possibilità che mi si offre di poter condurre una vita normale o comunque accettabile.

Mi sono state comunque menzionate le possibili più importanti complicazioni intra- e post- operatorie che in questi casi avvengono in percentuale sensibilmente più alta che nei primi interventi:

### **Lesioni dei vasi o dei nervi.**

**Fratture dell'osso** rese facili dalle alterazioni di struttura dell'osso stesso legate all'osteolisi e/o all'infezione.

**Ritardo di cicatrizzazione della ferita e/o necrosi cutanea** frequenti soprattutto nelle revisioni di protesi di ginocchio.

**Flebotrombosi e embolia polmonare** aumentano di frequenza rispetto al primo intervento di protesizzazione perché sono più alti i fattori di rischio generali e locali. Si esegue di routine il trattamento profilattico e un'attenta sorveglianza.

**Infezione:** Se non è già presente all'atto dell'intervento ( e in questo caso richiede un'operazione in 2 tempi distanziati di 15-30 giorni: rimozione della protesi – introduzione di una protesi nuova) è abbastanza frequente la sua insorgenza nel post-operatorio, precoce o tardiva, malgrado la profilassi antibiotica. Nei casi in cui essa, dopo aver causato l'allentamento della protesi, è clinicamente spenta, ha circa il 20% di probabilità di recidivare dopo la revisione.

**Lussazione della protesi d'anca**, più frequente che nel primo intervento.

**Dismetria:** la differenza di lunghezza degli arti inferiori, soprattutto nelle revisioni di protesi d'anca, è qui molto più frequente perché legata alle perdite di sostanza ossea del bacino e/o del femore.

**Limitazione della motilità del ginocchio:** nelle revisioni di protesi di ginocchio è difficile che si riesca ad ottenere un arco di movimento pari a quello che si raggiunge nel primo intervento.

Sono a conoscenza dell'abituale decorso post-operatorio, del protocollo riabilitativo dei tempi piuttosto lunghi necessari al raggiungimento del recupero funzionale e dell'autonomia, spesso non completi e non sempre esattamente prevedibili.

L'impianto protesico di revisione ha una durata di solito più limitata nel tempo rispetto al primo impianto.

Mi impegno a seguire attentamente e correttamente le prescrizioni di comportamento che mi fornirà il Medico curante.

**Dichiaro di autorizzare l'intervento propostomi** e sono consapevole che nel corso di esso si possono manifestare condizioni impreviste che rendono necessarie procedu-

re diverse da quelle contemplate in origine: acconsento pertanto all'esecuzione di interventi alternativi che i chirurghi considerassero necessari. In particolare so che la situazione clinica, le caratteristiche dell'osso, le condizioni locali e generali possono richiedere – a giudizio dello Specialista – anche in corso di intervento, l'utilizzazione di impianti particolari, di osso autologo, omologo o di suoi sostituti per trapianto, di cemento acrilico.

Mi è stato comunicato che è necessario l'impiego di trasfusioni di sangue che avverranno 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 che rappresentano l'obbiettivo 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:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

**Firma del Paziente:** \_\_\_\_\_