

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

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

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

CHIRURGIA VERTEBRALE LOMBARE

Dichiaro di essere stato/a 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 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:

Lesioni nervose con paralisi del piede o più raramente estese a tutto l'arto inferiore. Sono spesso transitorie.

Lesioni della dura che possono comportare cefalea per qualche giorno, eccezionalmente un meningocele che richiede un intervento di riparazione.

Ematoma epidurale che richiede un intervento immediato di svuotamento del sangue.

Infezione: presenta diversi gradi di gravità. Per ridurre al minimo il rischio di infezione viene praticata una profilassi antibiotica peri-operatoria.

Flebotrombosi agli arti inferiori. E' molto rara in questo tipo di chirurgia e viene generalmente sconsigliata una profilassi farmacologica. Nella nostra Clinica viene praticata solo una profilassi meccanica, salvo che per i casi a rischio.

Sganciamento delle barre: è un incidente che può avvenire precocemente o tardivamente e che richiede un parziale reintervento.

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

Dichiaro di autorizzare l'intervento propostomi e sono consapevole che nel corso di esso si possono manifestare condizioni impreviste che necessitano di procedure di-

verse 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 rivestano 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. So che la situazione clinica e le condizioni locali 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.

Mi è stato comunicato che può rendersi 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 o suoi derivati.

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: ___/___/___