

CARTELLA N. _____

Dichiarazione di consenso informato ad intervento chirurgico

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

affetto da gonalgia con limitazioni funzionali

Mi è stato proposto dal Dott. _____

un intervento di **CHIRURGIA ARTROSCOPICA** per:

☐ **MENISCECTOMIA:** l'intervento consiste nell'asportazione della sola parte rotta del menisco (causa del dolore e dei problemi funzionali dell'articolazione), nella maniera più circoscritta possibile, rispettando le componenti sane del menisco alla conservazione della migliore fisiologia articolare.

☐ **SUTURA MENISCALE:** intervento riservato solo ad alcuni casi in cui vi sia un distacco periferico del menisco. Consiste nel riattaccare il menisco rotto con suture o con speciali dispositivi riassorbibili. Necessita di un adeguato periodo di scarico dell'arto e prevede una riabilitazione lunga ed accurata.

☐ **LEGAMENTOPLASTICA (LCA):** l'intervento consiste nella ricostruzione del legamento rotto attraverso la trasposizione dei tendini (solitamente prelevati dal tendine rotuleo del paziente stesso); per la fissazione del neolegamento saranno impiegati materiali di fissazione biocompatibili, metallici o riassorbibili. L'impianto di legamenti artificiali è soggetto con maggiore frequenza a specifiche complicanze e maggiori percentuali di insuccessi. La finalità è quella di ripristinare la stabilità articolare e consentirne la ripresa funzionale.

☐ **SINOVIALECTOMIA:** è l'asportazione parziale o totale della membrana sinoviale (membrana che riveste all'interno l'articolazione) colpita da una patologia articolare (infiammazione ecc...)

☐ **INTERVENTI SULLE CARTILAGINI ARTICOLARI:** interventi volti a migliorare le superfici cartilaginee articolari danneggiate dall'artrosi. "Shaving" (pulizia) della cartilagine mobile, condroplastiche, perforazioni e microfratture eventualmente associate a copertura delle lesioni con dispositivi che favoriscono la guarigione. Si tratta spesso di interventi "di salvataggio" con benefici non prevedibili quanto a durata ed efficacia. Necessitano di un tempo prolungato di scarico dell'arto e di un'attenta riabilitazione.

☐ **ASPORTAZIONE DI CORPI MOBILI ARTICOLARI:** l'intervento consiste nell'asportazione di frammenti cartilaginei liberi in articolazione che non consentono una normale funzionalità del ginocchio.

Mi è stato spiegato che la tecnica propostami consiste in una procedura operatoria mini invasiva dotata di accuratezza diagnostica e potenzialità chirurgiche.

L'artroscopia rappresenta infatti l'indagine più completa di tutte le formazioni anatomiche della cavità articolare e consente possibilità di valutazione statica e dinamica, mentre gli altri accertamenti diagnostici, compresi TAC e RMN, non forniscono risultati di assoluta certezza sulla classe di patologie in oggetto. È pertanto possibile che durante l'esecuzione dell'artroscopia possano essere riscontrate condizioni anche difformi rispetto a quanto diagnosticato mediante gli accertamenti non invasivi precedentemente praticati. In questi casi è verosimile che le procedure chirurgico terapeutiche proposte nel presente documento possano subire variazioni rispetto a quanto preventivato.

In particolare potrebbero evidenziarsi altre patologie associate per le quali esiste l'indicazione ad un trattamento complementare immediato: lesioni condrali, pliche sinoviali patologiche, stato di iperpressione rotulea.

Vengono al contrario esplicitamente escluse estensioni del trattamento che non rivestono caratteri di urgenza e che diversamente da quanto concordato, comporterebbero una variazione significativa nei tempi e nelle modalità del decorso post-operatorio.

Ha il vantaggio di essere più efficace e meno traumatizzante rispetto alle procedure chirurgiche in artrotomia con conseguente riduzione di tutti i tipi di complicanze locali connesse alla chirurgia a cielo aperto quali le infezioni e le rigidità articolari. Consente inoltre, successivamente al trattamento, un più agevole recupero funzionale ed una riduzione del tempo necessari all'esecuzione di pratiche riabilitative.

Mi è stato comunicato che nonostante gli evidenti fattori positivi derivanti dall'impiego della tecnica operatoria propostami, il trattamento risulta essere non esente da rischi, pur essendo essi ridotto rispetto a quelli connessi ad altro procedimenti operatori più invasivi.

Non è possibile escludere **complicanze intraoperatorie** quali le rotture intrarticolari degli strumenti chirurgici utilizzati (dipendenti dalla loro particolare conformazione strutturale e le sempre possibili pur altamente improbabili lesioni vascolari o neurologiche periferiche. Comunque, in merito alla possibilità di rottura degli strumenti è prassi consolidata della Casa di Cura controllarne l'integrità prima, durante e dopo l'uso, prima della chiusura della ferita chirurgica allo scopo di scongiurare il rischio che frammenti degli strumenti rimangano nella cavità articolare. L'insorgenza di tali complicanze, o la diagnosi artroscopica di alcune rare patologie intrarticolari (cisti meniscali, corpi mobili o neoformazioni endoarticolari), può rendere necessario il ricorso ad artrotomia tradizionale con esecuzione di procedure chirurgiche a cielo aperto.

Non azzerabili, anche se ulteriormente ridotte, risultano essere inoltre le **complicanze post-operatorie** flogistiche, reattive o infettive, ed allo stesso modo non è possibile escludere a priori la possibilità di complicanze di tipo vascolare quali flebotrombosi o le tromboembolie.

Sono stato messo a conoscenza che per ridurre ulteriormente i rischi di tali eventi saranno comunque attuate le profilassi farmacologiche antibiotiche e/o antitrombotiche che in letteratura e nell'esperienza quotidiana dell'Unità Operativa risultano essere le più efficaci. Con tali tecniche chirurgiche risultano essere assolutamente infrequente la necessità di dover ricorrere ad emotrasfusioni.

La possibile insorgenza di complicanze va citata pur nella certezza che la loro incidenza risulta statisticamente non significativa essendo rappresentata, nelle migliaia di trattamenti effettuati, da cifre esprimibili percentualmente in valori inferiori all'unità percentuale.

Mi è stato inoltre espresso che al termine del trattamento, il risultato complessivo si presenta correlato a variabili indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento, in relazione a fattori quali la risposta biologica dell'organismo e la riabilitazione eseguita.

Mi sono state pertanto chiarite in maniera esauriente le motivazioni che inducono a preferire tale tipo di trattamento chirurgico rispetto ad altre alternative farmacologiche e riabilitative che hanno già dimostrato scarsa insoddisfacente efficacia.

Durante i colloqui con il personale medico sono stato adeguatamente informato sulle percentuali d'insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento; autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi e complementari previsti.

Sono stato informato che l'intervento propostomi mi espone ad una incapacità lavorativa o di ripresa delle normali attività fisiche per giorni salvo complicazioni. Dichiaro che copia del presente modello mi è stato consegnato in occasione della visita ambulatoriale, nel corso della quale mi è stato proposto l'intervento chirurgico.

Sono stato informato che le mie condizioni di salute oltre ai rischi comuni mi espongono ai seguenti rischi personali.....

Sono stato rassicurato che la Casa di è dotata di specifici protocolli operativi che assicurino lo svolgimento delle pratiche assistenziali secondo i più aggiornati criteri di efficacia ed efficienza; nonché per la prevenzione delle complicanze su ipotizzate che dovessero insorgere ed eventualmente per la gestione delle emergenze.

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 la mia identità.

Per una migliore comprensione delle informazioni ricevute, ho chiesto chiarimenti al Medico che mi ha fornito dettagliate spiegazioni:

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

Dichiaro che il medico si è accertato che io abbia ben compreso indicazione all'intervento, tipologia, complicanze, rischi e benefici.

Note:

Per tutto quanto sopra esprimo il mio consenso all'intervento propostomi dopo aver avuto tempo sufficiente per riflettere.

Firma del Paziente:

Firma del Medico: _____
____/____/____

Data:

IDENTIFICAZIONE SITO CHIRURGICO	INTERVENTO DI		
	Contrasseg nare con una X	Data	Firma del Medico:
LATO CHIRURGICO	DESTRO		
	SINISTRO		

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

Firma del Paziente:

Acquisizione del consenso di minore

In caso di minore inferiore a 14 anni, il consenso deve essere siglato da entrambi i genitori, o dal tutore legale.

In caso il minore che abbia compiuto 14 anni, il consenso sarà sottoscritto da un genitore e dal minore stesso (Codice Civile art. 316, Titolo IX, Libro Primo)

Minore con età inferiore a 14 anni

Il padre	La madre	Il tutore legale (accludere la copia dell'ordinanza del giudice)
Firma:	Firma:	Firma:

Minore con età superiore a 14 anni

Il genitore	Il minore
Firma:	Firma: