

CARTELLA N. _____

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 SPALLA DX SN

perché affetto da _____

Dichiaro di essere stato informato che l'intervento propostomi consiste nella:

- sostituzione della testa dell'omero con una protesi metallica che viene posizionata nel canale dell'osso e che vada ad inserirsi nella cavità in cui anatomicamente trova accoglienza la testa dell'omero naturale;
- sostituzione della cavità che anatomicamente accoglie la testa dell'omero con una protesi metallica che viene fissata alla scapola;
- protesi inversa, in cui le funzioni anatomiche della testa dell'omero e della cavità della scapola sono invertite: la testa dell'omero si presenta concava ed accoglie la protesi convessa fissata alla scapola.

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 illustrate 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 della spalla: non in tutti i casi il movimento della spalla si raggiunge il ripristino del movimento articolare fisiologico. In caso di motilità molto ridotta può rendersi necessaria una mobilizzazione in narcosi o una lisi artroscopica.

Marcato e persistente gonfiore della spalla: è una complicità 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. Nelle ore successive all'intervento è generalmente consentito al paziente alzarsi da letto con adeguata assistenza.

Solo dopo l'intervento si stabilisce come dovrà essere mobilizzata e riabilitata la spalla. Nella maggior parte dei casi per la protezione della spalla è sufficiente un tutore leggero con busta reggibraccio.

Salvo situazioni particolari i movimenti più elementari dell'arto e anche della spalla possono essere iniziati nei primi giorni (portare la mano al viso, usare le posate, ecc.).

La dimissione avviene quando le condizioni generali e gli esami del sangue risultano stabilizzati: in genere occorrono 4-5 giorni dopo l'intervento. Alla dimissione viene fissato l'appuntamento per il primo dei controlli in ambulatorio.

Gli obiettivi che ci si pone quando si decide di mettere una protesi di spalla sono l'eliminazione del dolore (che si ottiene in più del 90% dei casi) e un miglioramento dei movimenti, la cui ampiezza è però variabile: ad esempio, un gesto come portare la mano a toccare la schiena dal basso è recuperabile solo in una minoranza dei casi. La condizione di partenza influenza fortemente il risultato funzionale che si può conseguire. In linea di massima si può dire che i risultati più brillanti si ottengono nelle necrosi circoscritte della testa omerale, mentre i meno soddisfacenti si hanno negli esiti di fratture. Con una protesi di spalla non si devono praticare (per tutta la vita) attività gravose, come spostare grossi pesi, usare utensili (ad esempio zappe, vanghe ecc.), fare sport che richiedono sforzi bruschi della spalla (tennis, golf...). Inoltre si deve accuratamente evitare il rischio di traumi e cadute, perché una eventuale frattura dell'osso in corrispondenza della protesi può rappresentare un problema molto complesso.

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 essere stato informato che la mie condizioni di salute, oltre ai rischi generici su indicati, mi espongono ai seguenti particolari rischi personali:.....

.....

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.

Dichiaro di autorizzare l'intervento propostomi e sono consapevole che nel corso di esso si possono manifestare 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 rivestano 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 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.

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.

Note:

.....

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 avuto tempo sufficiente per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da fornire il consenso all'intervento chirurgico in maniera consapevole. 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.

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

Per tutto quanto sopra esprimo il mio consenso all'intervento di protesi alla spalla dopo aver avuto tempo sufficiente per riflettere

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico: _____

Data: ___/___/___

IDENTIFICAZIONE SITO CHIRURGICO	INTERVENTO DI		
	Contrassegnare 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 in maniera esatta con pennarello indelebile il sito chirurgico.

Firma del Paziente: _____