

CARTELLA N. _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

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

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

ARTROPROTESI DI GINOCCHIO ☐ DX ☐ SN

perché affetto da gonartrosi grave.

Dichiaro di essere stato verbalmente informato/a, in maniera da me perfettamente compreso, del tipo di intervento da eseguire, che più propriamente può essere definito rivestimento del ginocchio perché verrà sostituita soltanto la superficie dell'osso; il chirurgo rimuoverà la cartilagine danneggiata e l'osso e quindi impianterà il nuovo ginocchio di metallo e plastica. La finalità è quella di abolire il dolore, di ripristinare l'allineamento ed un ampio movimento dell'articolazione. Dichiaro inoltre di essere stato edotto/a che trattamenti alternativi farmacologici (per via generale o topici) e fisioterapici sono poco efficaci per lo stadio della mia patologia. Sono stato edotto inoltre del fatto che inizialmente per circa un mese dovrò usare due stampelle durante il quale potrò caricare sul ginocchio operato progressivamente; l'abbandono delle stampelle ed il carico sul ginocchio operato potranno essere stabiliti ai controlli medici successivi. Ancora, sono stato edotto del fatto che il giorno seguente all'intervento inizierà la riabilitazione raccomandata in regime di ricovero per circa dieci giorni per poi proseguire ambulatorialmente per un tempo che potrà essere stabilito con esattezza ai controlli medici successivi. Sono a conoscenza che prima del ricovero dovrò effettuare un pre-ricovero durante il quale sarò valutato ambulatorialmente dal cardiologo, dal medico internista e dall'anestesista sulla scorta di esami di laboratorio, strumentali, esame clinico e quant'altro dovesse rendersi necessario, allo scopo di verificare la mia operabilità.

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:** può non dare nessun sintomo ma in una piccola percentuale dei casi (0,3 – 0,5 %) può provocare un'embolia polmonare, che è una complicazione molto temibile e pericolosa per la vita. Nella nostra Clinica si esegue regolarmente un trattamento profilattico, in osservanza delle linee guida scientifiche più aggiornate, che ne riduce notevolmente l'incidenza, ma non ne esclude la possibilità: profilassi farmacologica, uso di calze elastiche, mobilizzazione precoce.
- **Infezione:** anche questa è una complicazione grave (1 – 2 % dei casi) che può causare il fallimento dell'operazione e obbligare alla rimozione della protesi e alla sua eventuale successiva sostituzione.
- **Limitazione della motilità del ginocchio:** in una sparuta percentuale di casi il movimento del ginocchio può non raggiungere i 120° desiderabili; in caso di motilità molto ridotta può rendersi necessaria una mobilizzazione in narcosi o una lisi artroscopica.
- **Marcato e persistente gonfiore del ginocchio:** è una complicanza minore che solo in alcuni casi può richiedere l'aspirazione del liquido (artrocentesi).

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 saranno fornite.

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

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 il contenuto di quanto esposto. Sono stato rassicurato sul fatto 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 le seguenti 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. 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, complicanze, rischi e benefici.

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

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico: _____ **Data:** ____/____/____

IDENTIFICAZIONE SITO CHIRURGICO	INTERVENTO DI		
	<i>Contrassegnare con una X</i>	<i>Data</i>	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: _____