



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

del Sig. _____ nat. _____ il _____

a _____ prov. _____ residente a _____ Via _____ n° _____

Dichiaro di essere a conoscenza del mio stato di malattia: **ALLUCE VALGO**

Mi è stato proposto dai medici della Divisione di Ortopedia-Traumatologia del Presidio Ospedaliero di Venezia un intervento chirurgico di **CORREZIONE dell'ALLUCE VALGO**.

Mi è stata chiaramente spiegata l'effettiva portata di tale intervento, con le difficoltà ad esso legate, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili, i prevedibili vantaggi ed i rischi connessi. Sono consapevole che la mia patologia articolare presenta caratteristiche di cronicità ed un decorso peggiorativo; so che la malattia si trova in una fase di avanzata gravità clinica e radiografica e che non esistono trattamenti farmacologici, fisici o ortesici altrettanto efficaci in alternativa alla soluzione chirurgica propositami, per la risoluzione del dolore, la correzione della deformità ed il ripristino di un equilibrio funzionale valido e duraturo nel tempo.

So che il risultato clinico complessivo è comunque influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, non sempre risulta esattamente prevedibile.

I tempi ed il grado di recupero funzionale possono inoltre essere influenzati da patologie preesistenti quali in particolare il diabete e le vasculopatie periferiche.

Mi sono state elencate le complicanze generali possibili in ogni intervento eseguito in anestesia locale quali crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive o ipertensive, fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate.

Nell'ambito di una corretta ed adeguata informazione al paziente mi sono state inoltre menzionate possibili complicanze postoperatorie; si tratta di evenienze che, pur ampiamente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

- **MARCATO E PERSISTENTE GONFIORE DEL PIEDE:** è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo mantenendo l'arto in posizione di scarico.
- **FLEBOTROMBOSI DELLA GAMBA:** è una infiammazione delle vene della gamba operata che si manifesta con voluminoso gonfiore del piede e della gamba stessa, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per minimizzare i rischi di tale complicanza viene prescritta una profilassi a base di eparina la quale andrà scrupolosamente eseguita dopo la dimissione.
- **EMBOLIA POLMONARE:** è il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della complicanza precedente, trombo che giunge ai polmoni determinando dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. E' un'evenienza pericolosa che obbliga ad un ricovero immediato in un reparto internistico. Per prevenire questa complicanza valgono le norme preventive della flebotrombosi.
- **RITARDO DI CICATRIZZAZIONE DELLA FERITA:** può essere sostenuto da alterazioni della circolazione locale ed in base a ciò può presentare diverse forme di gravità clinica, da semplici discromie con ipertrofia della cicatrice fino a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può essere favorita da patologie generali preesistenti quali il diabete e le vasculopatie periferiche.

- **INFEZIONE DELLA FERITA:** provocate da fenomeni di colonizzazione batterica, possono interessare i tessuti molli circostanti la ferita chirurgica o interessare il tessuto osseo.
- **PERDITA DELLA CORREZIONE CON PARZIALE RECIDIVA DELLA DEFORMITA':** indipendentemente dalla tecnica chirurgica impiegata, il mantenimento della correzione è condizionato anche dalle qualità meccaniche dei tessuti molli periarticolari; in relazione all'età o ad altri fattori costituzionali e/o locali non si può escludere un parziale cedimento futuro di tali tessuti con tendenza ad una recidiva del valgismo dell'alluce
- **PSEUDOARTROSI O NECROSI EPIFISARIA DEL I° METATARSALE:** si tratta di una complicanza piuttosto rara, provocata da alterazioni acquisite della vascolarizzazione di tale segmento osseo; può rendersi responsabili di dolori plantari durante il carico.
- **PERDITA PARZIALE DI MOVIMENTO DELLA 1a METATARSOFALANGEA;** quando si manifesta, è in genere solo di pochi gradi; la migliore prevenzione è quella di eseguire una adeguata fisioterapia con esercizi di mobilizzazione dell'alluce.
- **PRECOCE MOBILIZZAZIONE DEI MEZZI DI OSTEOSINTESI EVENTUALMENTE IMPIEGATI (fili di Kirschner, etc..) CON SFILAMENTO DEGLI STESSI:** possono provocare dolori locali e rendere necessario il ricorso a successive medicazioni supplementari e ad eventuali manovre di riposizionamento.

Mi sono stati illustrati con chiarezza la tecnica operatoria scelta tra le numerose impiegabili per la mia patologia, il normale decorso post-operatorio, i tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale ed al conseguimento della autonomia deambulatoria, la necessità di deambulare temporaneamente con scarpa per scarico di avampiede.

Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (profilassi antibiotica ed antitromboembolica).

Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico accettando il rischio delle complicanze che mi sono state prospettate unitamente ai rischi chirurgici generici.

Manifesto piena fiducia nei chirurghi ortopedici che eseguiranno l'intervento.

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.

Ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da acconsentire meditatamente. Autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi previsti.

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

Firma del Medico

Firma del Paziente
