



## 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 :

Mi è stato proposto dai Medici della Divisione di Ortopedia-Traumatologia del Presidio Ospedaliero di Venezia un intervento chirurgico di **ARTROSCOPIA SPALLA**

Mi sono state illustrate le motivazioni che rendono preferibile tale tipo di intervento rispetto alle altre scelte terapeutiche: sono consapevole che per le caratteristiche della mia patologia gli eventuali trattamenti alternativi (medici e chirurgici) non si presentano altrettanto efficaci, mentre la revisione chirurgica dello spazio subacromiale e della cuffia dei rotatori, con decompressione dello spazio ed eventuale riparazione della cuffia stessa, offre maggiori garanzie di ottenere miglioramenti della sintomatologia dolorosa con un recupero funzionale più rapido.

Sono stato informato dell'eventualità di dover eseguire una piccola incisione esterna di circa 3-4 cm. (mini-open), per poter riparare e reinserire i tendini della cuffia dei rotatori lesi.

Mi è stato comunque chiaramente spiegato che l'esito di tale intervento è frutto di numerose variabili quali il tipo di lesione della cuffia eventualmente presente e la qualità del tessuto tendineo stesso e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non è possibile prevedere con esattezza il grado di ripresa funzionale dell'articolazione (motilità attiva e passiva).

Sono a conoscenza dei rischi di complicanze infettive, vascolari e neurologiche per interessamento dell'arteria ascellare e dei rami del plesso brachiale, dei rischi cardiorespiratori ischemici ed embolici come possibili conseguenze di un intervento chirurgico ortopedico, rischi tanto più elevati proporzionalmente all'aumentare dell'età del Paziente.

Esiste la possibilità di complicanze infettive superficiali e profonde (1-2 per cento), di rigidità della spalla, di dolore spesso protratto per qualche mese e dell'eventuale recidiva della rottura della cuffia, con necessità di una nuova revisione chirurgica.

I tempi ed il grado di recupero dell'autonomia funzionale risultano comunque connessi a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione dell'intervento (condizioni generali antecedenti, risposta all'intervento, possibilità rieducative).

Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso post-operatorio menzionando la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato ed il protocollo riabilitativo.

Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (profilassi **antibiotica** ed antitromboembolica) e della possibilità, peraltro assai remota in questo tipo di intervento, di essere sottoposto ad emotrasfusioni.

Mi è stato inoltre consegnato un opuscolo fornito di ulteriori informazioni relative alla patologia, all'intervento ed al protocollo riabilitativo.

**Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico** accettando il rischio delle complicazioni che mi sono state prospettate unitamente al rischio generico derivante dalla complessità del tipo di chirurgia.

Manifesto piena fiducia nei Chirurghi ortopedici e negli Anestesisti che eseguiranno l'intervento.

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

Ho ricevuto dal Medico proponente la spiegazione richieste per la piena comprensione dell'intervento ed ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da acconsentire meditatamente.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

