



## 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: **FRATTURA LATERALE (REGIONE TROCANTERICA) DEL COLLO FEMORALE**

Mi è stato proposto dai medici della Divisione di Ortopedia-Traumatologia del Presidio Ospedaliero di Venezia un intervento chirurgico di **OSTEOSINTESI** al fine di ottenere la stabilizzazione della frattura.

Sono a conoscenza che una frattura del femore nell'anziano è da considerarsi una malattia grave per le conseguenze di ordine generale che può causare, essendo noto che spesso rappresenta la causa di morte di persone in età avanzata anche in assenza di particolari patologie concomitanti.

Mi è stato inoltre chiaramente spiegato che il processo di guarigione di una frattura in età avanzata è frutto di numerose variabili; l'età non è favorevole ad una rapida consolidazione e ad una completa ripresa funzionale dell'articolazione. Nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non sempre è possibile recuperare le condizioni di autonomia deambulatoria antecedenti al trauma. Questo tipo di frattura avviene di norma su un osso osteoporotico che non garantisce una tenuta ottimale dei mezzi di sintesi i quali possono pertanto andare incontro a mobilizzazione secondaria o richiedere una dilazione nella concessione del carico.

L'intervento chirurgico in età senile è inoltre gravato da notevoli rischi sia intraoperatori che postoperatori dovuti al fisiologico decadimento delle condizioni generali, alla perdita ematica, al possibile verificarsi di incidenti embolici, alla maggiore suscettibilità alle infezioni.

Sono pertanto a conoscenza dei rischi di complicazioni infettive, vascolari e neurologiche per interessamento del nervo sciatico e dei rischi cardiorespiratori ischemici ed embolici come possibili conseguenze di un intervento chirurgico ortopedico in età avanzata.

So che il trattamento chirurgico è da considerarsi tuttavia assolutamente indicato per il trattamento del dolore osseo e per ridurre i tempi della ripresa funzionale, essendo l'allettamento prolungato causa di gravi disturbi generali nell'anziano; costituisce inoltre la migliore profilassi, nei limiti del possibile, delle ulcere da decubito.

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

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

Mi sono stati riferiti i trattamenti farmacologici che saranno effettuati (profilassi antibiotica ed anti-tromboembolica) e la possibilità di dovere essere sottoposto ad emotrasfusioni.

**Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico** accettando il rischio delle complicazioni che mi sono state prospettate unitamente al rischio generico di una chirurgia complessa in una regione anatomica alterata dall'evento traumatico occorsomi.

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

Firma del Medico ..... Firma del Paziente .....

Data \_\_\_/\_\_\_/200\_\_