



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 MEDIALE DEL COLLO FEMORALE.**

Mi è stato proposto dai medici della Divisione di Ortopedia-Traumatologia del Presidio Ospedaliero di Venezia un intervento chirurgico di **OSTEOSINTESI CON AVVITAMENTO CERVICO-CEFALICO**, nel tentativo di conservare l'epifisi prossimale del femore.

Mi è stato chiaramente spiegato che l'evoluzione di un tale tipo di trauma dipende in primo luogo da fattori biologici rappresentati dalla possibile interruzione dell'apporto ematico alla testa femorale provocata dalla frattura; in tal caso, a distanza di tempo anche molto variabile (fino ad alcuni anni), potrà verificarsi l'insorgenza di una osteonecrosi che potrebbe rendere necessaria l'esecuzione di un ulteriore trattamento chirurgico.

Il trattamento chirurgico proposto è da considerarsi tuttavia indicato in relazione al tipo di frattura (parzialmente ingranata) come tentativo conservativo dell'articolazione dell'anca. Si ricorda a tal proposito che nonostante il miglioramento dei biomateriali impiegati per le protesi, la loro durata nel tempo risulta tuttora imprevedibile e certamente non illimitata.

L'intervento è inoltre da considerarsi 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; 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 a variabili indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento (condizioni generali antecedenti, risposta all'intervento, possibilità rieducative); sono consapevole che non è sempre possibile recuperare le condizioni di funzionalità articolare e le capacità deambulatorie antecedenti al trauma.

L'intervento chirurgico in età senile è inoltre gravato da 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.

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

