



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:

GRAVE ARTROSI PRIMITIVA DELL'ANCA.

Mi è stato proposto dai medici della Divisione di Ortopedia-Traumatologia del Presidio Ospedaliero di Venezia un intervento chirurgico di **artroplastica con artroprotesi non cementata** .

Mi sono state illustrate le motivazioni che rendono preferibile tale tipo di intervento rispetto alle altre alternative terapeutiche: sono consapevole che le caratteristiche della patologia (cronica ad andamento evolutivo, in fase di avanzata gravità clinica e radiografica) escludono trattamenti alternativi (medici e chirurgici) altrettanto efficaci, mentre l'impianto di una artroprotesi consente di coniugare miglioramenti della sintomatologia dolorosa con un rapido recupero funzionale.

Mi è stato comunque chiaramente spiegato che l'esito di un intervento è frutto di numerose variabili, e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non sempre è possibile prevedere le esatte condizioni di autonomia deambulatoria successiva all'intervento, né risulta possibile escludere una residua dismetria (differenza di lunghezza tra i due arti inferiori).

Nella mia fascia di età è presente un tessuto osseo con buone prospettive di tenuta meccanica e integrazione dell'impianto protesico; in questi casi, sulla base della nostra esperienza e sui dati presenti in letteratura, risulta maggiormente indicato l'impianto di protesi non cementate (o solo parzialmente cementate), per le quali vi sono i presupposti di una maggiore durata nel tempo (anche se tuttora non esattamente prevedibile).

Sono stato informato del rischio di fratture intraoperatorie e di lussazioni postoperatorie; a tal proposito sono stato informato che potrebbe rendersi necessario confezionare un apparecchio gessato pelvipodalico postoperatorio per favorire la stabilità iniziale dell'impianto.

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

Sono 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 maggiore.

So che il trattamento chirurgico è da considerarsi tuttavia assolutamente indicato nella mia patologia per il trattamento del dolore osseo e per migliorare l'efficienza funzionale, essendo l'ipomobilità e l'allettamento prolungato causa di gravi disturbi generali.

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, specie in relazione a determinati accorgimenti che si dovranno adottare per evitare atteggiamenti posturali e movimenti erranei che potrebbero portare a lussazione dell'impianto protesico.

Sono inoltre a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (profilassi antibiotica ed antitromboembolica) e della possibilità di dovere essere sottoposto ad emotrasfusioni.

Mi è inoltre stato 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 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__
