

Dichiarazione di consenso informato ad intervento chirurgico



Revisione

02

del

29.03.22

MOD

VF_MOD CONS 12

cartella n. _____

Dichiarazione di consenso informato ad intervento chirurgico

del Sig./Sig.ra _____

data di

nascita _____

Mi è stato proposto dal Dott. _____

intervento

chirurgico di:

REVISIONE DI ARTROPROTESI DI GINOCCHIO

DX

SN

perchè affetto da

Dichiaro di essere stato informato/a:

- del tipo di intervento da eseguire,
- degli scopi che l'intervento si propone,
- delle difficoltà ad esso legate,
- della possibilità e probabilità dei risultati ottenibili,
- dei rischi e delle possibili complicanze connesse all'intervento stesso.

Sono stato informato/a che la rimozione e sostituzione della protesi che mi era stata installata si è resa necessaria per il suo allentamento settico asettico e che si tratta dell'unica possibilità che mi si offre di poter condurre una vita normale o comunque accettabile.

Mi sono state comunque menzionate le possibili più importanti complicazioni intra e post-operatorie che in questi casi avvengono in percentuale sensibilmente più alta che nei primi interventi:

- lesioni dei vasi o dei nervi;
- fratture dell'osso rese facili dalle alterazioni di struttura dell'osso stesso legate all'osteolisi e/o all'infezione;
- ritardo di cicatrizzazione della ferita e/o necrosi cutanea frequenti soprattutto nelle revisioni di protesi di ginocchio;

Dichiarazione di consenso informato ad intervento chirurgico



Revisione	02	del	29.03.22	MOD	VF_MOD CONS 12
-----------	----	-----	----------	-----	----------------

- flebotrombosi e embolia polmonare aumentano di frequenza rispetto al primo intervento di protesizzazione perché sono più alti i fattori di rischio generali e locali, a tale scopo si esegue di routine il trattamento profilattico e un'attenta sorveglianza;
- infezione, se non è già presente all'atto dell'intervento (e in questo caso richiede a voltr un'operazione in 2 tempi distanziati di 15-30 giorni: rimozione della protesi - introduzione di una protesi nuova) è abbastanza frequente la sua insorgenza nel post-operatorio, precoce o tardiva, malgrado la profilassi antibiotica.

Nei casi in cui l'infezione, dopo aver causato l'allentamento della protesi, è clinicamente spenta, ha circa il 20% di probabilità di recidivare dopo la revisione.

È anche molto probabile una limitazione della motilità del ginocchio dato che nelle revisioni di protesi di ginocchio è difficile si riesca ad ottenere un arco di movimento pari a quello che si raggiunge nel primo intervento.

Sono a conoscenza dell'abituale decorso post-operatorio, del protocollo riabilitativo e dei tempi piuttosto lunghi necessari al raggiungimento del recupero funzionale e dell'autonomia, spesso non completi e non sempre esattamente prevedibili. L'impianto protesico di revisione ha una durata di solito più limitata nel tempo rispetto al primo impianto.

La durata dell'impianto può essere condizionata da attività e comportamenti impropri; mi impegno quindi ad un impiego funzionale corretto, sulla base delle prescrizioni che mi saranno fornite.

Sono stato informato altresì, che le mie condizioni di salute oltre ai rischi comuni, mi espongono ai seguenti rischi personali:

.....
.....

Dichiaro che copia del presente modello mi è stato consegnato in occasione della visita ambulatoriale, nel corso della quale mi è stato proposto l'intervento chirurgico.

Dichiaro di autorizzare l'intervento propostomi e sono consapevole che nel corso di esso si possono manifestare condizioni impreviste che rendono necessarie procedure diverse da quelle contemplate in origine: acconsento pertanto all'esecuzione di interventi alternativi che i chirurghi considerassero

Dichiarazione di consenso informato ad intervento chirurgico



Revisione	02	del	29.03.22	MOD	VF_MOD CONS 12
-----------	----	-----	----------	-----	----------------

necessari. Vengono al contrario esplicitamente escluse estensioni del trattamento che non rivestano caratteri di urgenza e che comporterebbero una variazione significativa dei tempi e delle modalità dell'intervento chirurgico e/o del decorso post-operatorio.

Mi è stato comunicato che è necessario l'impiego di trasfusioni di sangue che avverranno in tutto o in parte con tecniche di autotrasfusione o di recupero intra-operatorio del sangue, ove queste tecniche siano possibili, o altrimenti con sangue omologo.

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

Dichiaro che il medico si è accertato che io abbia ben compreso il contenuto di quanto esposto. Sono stato rassicurato sul fatto che la Casa di è dotata di specifici protocolli operativi che assicurino lo svolgimento delle pratiche assistenziali secondo i più aggiornati criteri di efficacia ed efficienza, nonché per la prevenzione delle complicanze su ipotizzate che dovessero insorgere ed eventualmente per la gestione delle emergenze.

N o t e :

.....
.....
.....
.....

Al fine di favorire il progresso delle conoscenze mediche, acconsento alla presenza di osservatori scientifici, alle riprese foto e cinematografiche dell'intervento, a patto che non venga rivelata la mia identità.

Per una migliore comprensione delle informazioni ricevute, ho chiesto chiarimenti al Medico che mi ha fornito le seguenti dettagliate spiegazioni:

.....
.....
.....
.....

Dichiarazione di consenso informato ad intervento chirurgico



Revisione

02

del

29.03.22

MOD

VF_MOD CONS 12

Dichiaro di aver avuto tempo sufficiente per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da fornire il consenso all'intervento chirurgico in maniera consapevole. Dichiaro che nessuna garanzia o assicurazione mi è stata fornita circa i risultati che rappresentano l'obiettivo dell'intervento chirurgico.

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

Dichiaro che il medico si è accertato che io abbia ben compreso indicazione all'intervento, tipologia, complicanze, rischi e benefici.

Per tutto quanto sopra esprimo il mio consenso all'intervento di protesi di ginocchio dopo aver avuto tempo sufficiente per riflettere

Acconsento []

Non acconsento []

Firma del Paziente:

Firma del Medico: -----

Data:

___/___/___

IDENTIFICAZIONE SITO CHIRUR-GICO	INTERVENTO DI		
	<i>Contrassegnare con una X</i>	<i>Data</i>	<i>Firma del Medico:</i>
LATO CHIRURGICO	DESTRO		
	SINISTRO		

Io sottoscritto paziente dichiaro inoltre che il medico, coinvolgendomi pienamente, ha provveduto a contrassegnare con pennarello indelebile in maniera esatta il sito chirurgico.

Firma

del

Paziente:
