

CARTELLA N. _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

del Sig./Sig.ra _____ data di nascita _____

Mi è stato proposto dal Dott. _____ un intervento chirurgico di:

PROTESI D'ANCA DX SN

perché affetto da grave coxartrosi.

Dichiaro di essere stato informato del tipo di intervento da eseguire, che consiste nella resezione della testa del femore e la preparazione dell'alloggiamento protesico nel bacino e nel femore. Sono consapevole che la patologia di cui sono affetto rende poco efficace trattamenti alternativi, mentre l'impianto di artroprotesi consente di abolire il dolore e di restituire un ampio movimento dell'articolazione e quindi la ripresa di una normale deambulazione

Mi sono state illustrate le possibili più importanti complicazioni intra- e post-operatorie che possono avvenire:

Lesioni dei vasi o dei nervi o fratture dell'osso.

Ritardo di cicatrizzazione della ferita.

Flebotrombosi: può non dare nessun sintomo ma in una piccola percentuale dei casi (0,3 – 0,5 %) può provocare un'embolia polmonare, che è una complicazione molto temibile e pericolosa per la vita. Nella nostra Clinica si esegue regolarmente un trattamento profilattico, in osservanza delle linee guida scientifiche più aggiornate, che ne riduce notevolmente l'incidenza, ma non ne esclude la completa possibilità: profilassi farmacologica, uso di calze elastiche, mobilizzazione precoce.

Infezione: anche questa è una complicazione grave (3 – 4 % dei casi) che può causare il fallimento dell'operazione e obbligare alla rimozione della protesi e alla sua eventuale sostituzione.

Lussazione della protesi: precoce o tardiva, talvolta recidivante (10-11%), dovuta spesso a movimenti incongrui. Molto spesso si riduce manualmente in narcosi, ma talvolta obbliga a un reintervento.

Dismetria: può residuare in qualche caso una differenza di lunghezza degli arti inferiori di solito limitata a 1-2 cm.

Sono a conoscenza del normale decorso post-operatorio, del protocollo riabilitativo, dei tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale e dell'autonomia. Essi sono connessi a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento (condizioni generali e locali antecedenti, possibilità rieducative) e non sono sempre esattamente prevedibili. Sono a conoscenza che prima del ricovero dovrò effettuare un pre-ricovero durante il quale sarò valutato ambulatorialmente dal cardiologo, dal medico internista e dall'anestesista sulla scorta di esami di laboratorio, strumentali, esame clinico e quant'altro dovesse rendersi necessario, allo scopo di verificare la mia operabilità. Il ricovero avrà una durata presumibile di circa sette giorni, ma è raccomandato un successivo trattamento riabilitativo intensivo per un periodo di circa dieci giorni da svolgere in regime di ricovero e successivamente dovrà proseguire ambulatorialmente. E' possibile che la riabilitazione venga svolta nella stessa clinica in continuità con il ricovero per l'intervento. La mobilizzazione dell'anca-ginocchio-caviglia sarà eseguita fin dal giorno dell'intervento. La maggior parte dei pazienti inizierà a deambulare il giorno dopo dell'intervento. Alla dimis-

sione sarà possibile deambulare con le due stampelle o deambulatore con l'accortezza di un carico parziale e progressivo dell'arto operato per quaranta giorni, poi libero. La terapia antitrombotica e l'uso di calze elastiche dovrà continuare a domicilio.

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 inoltre che la percentuale media di rischio di complicanze è del 3.11%¹.

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 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.

Sono stato rassicurato 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.

Note:

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

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 dettagliate spiegazioni:

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

¹ Italian Arthroplasty Registry Project, Istituto Superiore della Sanità. Febbraio 2018

Dichiaro di aver avuto tempo sufficiente per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da fornire il consenso all'intervento chirurgico in maniera consapevole. Infine io sottoscritto/a 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, complicità, rischi e benefici.

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

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico: _____

Data: ___/___/___

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

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

Firma del Paziente: _____