

CARTELLA N. _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

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

Dichiaro di essere a conoscenza del mio stato di malattia: Spalla ____ dolorosa per patologia dello spazio sottoacromiale e della cuffia dei rotatori per il quale mi è stato proposto dal

Dott. _____ un intervento chirurgico di:

REVISIONE DELLO SPAZIO SOTTOACROMIALE E SUTURA DELLA CUFFIA

- IN ARTROSCOPIA ED EVENTUALMENTE A CIELO APERTO**
- A CIELO APERTO**

Dichiaro che preliminarmente il chirurgo mi ha illustrato con termini a me comprensibili l'anatomia e fisiologia dell'articolazione scapolo-omerale. Mi sono state illustrate le motivazioni che rendono preferibile tale tipo di intervento rispetto alle altre scelte terapeutiche: sono consapevole che per le caratteristiche attuali della mia patologia i trattamenti alternativi (medici e fisioterapici) non si presentano altrettanto efficaci, mentre la revisione chirurgica dello spazio subacromiale e della cuffia dei rotatori, con decompressione dello spazio ed eventuale riparazione della cuffia stessa, offre maggiori garanzie di ottenere miglioramenti della sintomatologia dolorosa ed un rapido recupero funzionale. Sono stato informato che l'intervento può essere effettuato con tecnica a cielo aperto ed in artroscopia e che quest'ultima ha medesima efficacia rispetto alla prima, ma meno invasiva; per questo motivo è la tecnica oggi in uso e propostami. L'artroscopia rappresenta infatti l'indagine più completa di tutte le formazioni anatomiche della cavità articolare e consente possibilità di valutazione statica e dinamica, mentre gli altri accertamenti diagnostici, compresi TAC e RMN, non forniscono risultati di assoluta certezza sulla classe di patologie in oggetto. È pertanto possibile che durante l'esecuzione dell'artroscopia possano essere riscontrate condizioni anche difformi rispetto a quanto diagnosticato mediante gli accertamenti non invasivi precedentemente praticati. In questi casi è verosimile che le procedure chirurgico terapeutiche proposte nel presente documento possano subire variazioni rispetto a quanto preventivato.

In particolare potrebbero evidenziarsi altre patologie associate per le quali esiste l'indicazione ad un trattamento complementare immediato.

Vengono al contrario esplicitamente escluse estensioni del trattamento che non rivestono caratteri di urgenza e che diversamente da quanto concordato, comporterebbero una variazione significativa nei tempi e nelle modalità del decorso post-operatorio.

Sono stato informato dell'eventualità pertanto, che il chirurgo esegua un'incisione esterna di circa 3-4 cm. (mini-open), per poter riparare e reinserire i tendini della cuffia dei rotatori lesi, e della possibilità di dover utilizzare dei mezzi di sintesi (ancore o viti). Mi è stato spiegato che la possibilità di suturare i tendini può avvenire in modo "anatomico" cioè quando è possibile riportare il margine tendineo sulla sua inserzione naturale, in modo "funzionale" cioè quando non essendo possibile la riduzione totale della lesione si avvicinano tra loro i tendini, così come in alcuni casi non è possibile effettuare nessun tipo di riparazione. Ho compreso che in tale chirurgia spesso è necessario trattare chirurgicamente il tendine del capo lungo del bicipite, talvolta è necessario trattare chirurgicamente l'articolazione acromion claveare come causa di malattia e che la guarigione del tendine può impiegare qualche mese.

Mi è stato comunque chiaramente spiegato che l'esito di tale intervento è frutto di numerose variabili quali il tipo di lesione della cuffia eventualmente presente, la qualità del tessuto tendineo stesso, lo stato di involuzione fibro-adiposa dei ventri muscolari e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non è possibile prevedere con esattezza il grado di ripresa funzionale dell'articolazione (motilità attiva e passiva). Sono a conoscenza dei rischi di complicanze infettive, vascolari e neurologiche per interessamento dell'arteria e del nervo ascellare e dei rami del plesso brachiale, come possibili conseguenze dell'anestesia e dell'intervento chirurgico ortopedico, rischi tanto più elevati proporzionalmente all'aumentare dell'età del Paziente (___ %). Esiste la possibilità di complicanze infettive superficiali e profonde (1-2 per cento), di rigidità della spalla (2%), di dolore spesso protratto per qualche mese, della possibilità della mobilizzazione dei mezzi di sintesi, e dell'eventuale recidiva della rottura della cuffia, con necessità di una nuova revisione chirurgica.

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

.....

I tempi ed il grado di recupero dell'autonomia funzionale risultano comunque connessi a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione dell'intervento (condizioni generali antecedenti, risposta all'intervento, possibilità rieducative). Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso post-operatorio menzionando la necessità di indossare un tutore per un periodo tra le tre e sei settimane (in base al trattamento effettuato), sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato (come per esempio le cicatrici e abbassamento del bicipite) ed il protocollo riabilitativo. Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (profilassi antibiotica).

- 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 di insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento; autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi previsti.
- Ho ricevuto dal Medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione dell'intervento ed ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da acconsentire meditatamente:

.....

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:

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

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 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 dopo aver avuto tempo sufficiente per riflettere

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico: _____ **Data:** ___/___/___

IDENTIFICAZIONE SITO CHIRURGICO	INTERVENTO DI ARTROSCOPIA DI SPALLA		
	<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 in maniera esatta con pennarello indelebile il sito chirurgico.

Firma del Paziente: _____