

## INTEGRAZIONE AL CONSENSO PER INTERVENTO DI CHIRURGIA ORTOPEDICA IN ARTROTOMIA

Con la presente dichiaro di aver compreso che un intervento di CHIRURGIA ORTOPEDICA APERTA, sulla base di quanto ampiamente illustrato precedentemente all'intervento stesso (con NOTA INFORMATIVA ALLEGATA), può offrire un evidente miglioramento delle mie condizioni cliniche pre-operatorie (circa il dolore, la funzione articolare, il grado d'instabilità articolare, la forza) solo se le stesse non siano già molto vicine ad una condizione di normalità. I vantaggi, così come gli eventuali rischi generici e specifici, dell'intervento sono dunque in stretta relazione con le mie condizioni cliniche (soggettive ed oggettive) precedenti l'intervento.

Dichiaro, al riguardo, di essere stato posto/a a conoscenza degli eventuali rischi connessi al tipo di intervento e che verranno utilizzate le tecniche e le terapie idonee alla prevenzione (profilassi) degli stessi:

- Complicanze infettive: cioè **INFEZIONI** (rare) delle parti molli e/o articolari con possibile distruzione delle superfici articolari (solo nei casi più gravi);
- Complicanze vascolari: quali **FLEBITI** (TROMBOSI VENOSA PROFONDA E/O SUPERFICIALE) con possibilità di EMBOLIA POLMONARE (in rari casi) e relativi esiti del caso; lesioni ARTERIOSE in conseguenza di anomalie anatomiche che non rendono prevedibili le stesse;
- Complicanze neurologiche: quali **PARALISI MOTORIE, DEFICIT SENSITIVI** temporanee con possibilità di regressione spontanea delle stesse (per stiramento delle strutture nervose) o definitive (più rare) per accidentale lesione di piccoli e/o grandi rami nervosi in conseguenza di anomalie anatomiche che non rendono prevedibili i rapporti delle strutture nervose con le parti anatomiche sede di intervento;
- Complicanze funzionali ed estetiche: cioè **RIGIDITA' ARTICOLARE, CICATRICI** normali e/o ipertrofiche (cheloide cicatriziale = cicatrice rilevata, ipertrofica) con coinvolgimento delle superfici articolari;
- Complicanze ossee e/o cartilaginee: cioè **FRATTURE DELL'OSSO, LESIONI DELLA CARTILAGINE** (rarissime in caso di necessarie mobilizzazioni di articolazioni rigide o per prelievi di innesti osteo-cartilaginei) con possibile coinvolgimento delle superfici e delle strutture articolari;
- Complicanze meccaniche: cioè **ROTTURA di STRUMENTI e PRESIDI** (viti, ancorette, suture, ecc.) per CHIRURGIA ORTOPEDICA con necessità di ampliamento della ferita chirurgica per la rimozione delle stesse con coinvolgimento delle superfici articolari.

Sono poi stato informato che l'intervento chirurgico può svolgersi in Anestesia Generale e perciò

AUTORIZZO       NON AUTORIZZO

**tecniche chirurgiche diverse da quanto in precedenza concordato nel modulo informativo** pre-operatorio (quali atti chirurgici aperti associati, prelievi osteocartilaginei, riparazioni capsulo-legamentose, immobilizzazioni successive, ecc.) che il CHIRURGO ritenesse necessarie durante l'esecuzione dell'intervento in base al suo giudizio ed alla sua professionalità.

Pertanto con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

in pieno possesso delle mie facoltà mentali, **chiedo di essere sottoposto ad un intervento chirurgico in ARTROSCOPIA, dopo essere stato chiaramente informato delle caratteristiche dell'intervento ed avere attentamente valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato precedentemente all'intervento (VEDI MODULO INFORMATIVO allegato), i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi, generici e specifici, legati all'intervento stesso.**

Dichiaro infine di essere stato posto a conoscenza, tra l'altro:

- delle conseguenze derivanti da mia eventuale negligenza nel seguire i consigli tecnici sul trattamento medico e riabilitativo postoperatorio, quali indicati nelle istruzioni che mi verranno consegnate all'atto della dimissione, e che verranno da me sottoscritte per conoscenza ed accettazione,
- che i vantaggi per il malato saranno connessi alla possibile riduzione del dolore ed al recupero dell'articolari  e/o della forza in relazione per  al grado e all'estensione delle lesioni riscontrate al momento dell'intervento e di conseguenza alla eventuale riparabilit  delle stesse.

Sono poi consapevole che fattori estranei alla mano del chirurgo ed alla precisione della tecnica chirurgica utilizzata possono comunque influenzare la guarigione e quindi il risultato, con conseguente impossibilit  di formulare una previsione assoluta circa il possibile recupero della normalit  o il permanere di un certo grado di invalidit .

Inoltre al fine di meglio precisare le mie condizioni, al momento della visita che precede l'intervento, dichiaro che:

il DOLORE  : \_\_\_\_\_;

il GRADO DI LIMITAZIONE ARTICOLARE  : \_\_\_\_\_;

il GRADO D'INSTABILITA' ARTICOLARE  : \_\_\_\_\_;

la FORZA MUSCOLARE  : \_\_\_\_\_;

Il possibile miglioramento circa il DOLORE, l'ARTICOLARITA, l'INSTABILITA', la FORZA potrebbe essere:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OSSERVAZIONI: \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma leggibile del Paziente (o del Tutore)**

\_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico**

\_\_\_\_\_