



CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
IMPIANTO DI ARTROPROTESI D'ANCA

Il Sottoscritto

- per se stesso
- esercente/i la potestà genitoriale del minore a cui è stata data adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sottoriportati
(di norma raccogliere le firme di entrambi i genitori ed allegare fotocopia del documento d'identità di entrambi)
- legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale) di
(allegare fotocopia del documento d'identità del legale rappresentante)

DICHIARA

- **di aver ricevuto** dal dr. e dal personale medico che lavora presso la struttura nella quale è (o sarà) degente ogni possibile informazione riguardo sede, natura ed entità delle lesioni da cui e' affetto ed ai presumibili esiti futuri;
- di essere stato informato altresì che per l'intervento proposto vi è necessità di somministrare sostanze analgesiche ed anestetiche per le quali vi è la possibilità di intolleranza;
- di essere a conoscenza che tale consenso è libero da pressioni, revocabile in qualsiasi momento, eventualmente modificabile, eventualmente delegabile a terzi di fiducia preventivamente autorizzati per iscritto;
- di assumersi ogni responsabilità che possa derivare da conseguenze del rifiuto alle prestazioni sanitarie
- di assumersi ogni responsabilità che possa derivare da interruzioni volontarie del programma terapeutico previsto;
- di essere disposto a fornire la massima collaborazione possibile con il personale curante e di assistenza, al comune scopo di ottenere il più valido risultato possibile;
- di aver compreso l'importanza di segnalare, nel proprio interesse, precedenti trasfusioni ed eventuali reazioni avverse, interventi subiti, terapie pregresse o in corso, nonché eventuali manifestazioni tossiche o allergiche sofferte in passato, in particolare a farmaci e/o metalli
- di essere stato informato delle possibili alternative terapeutiche
- di essere informato che la patologia dalla quale e' affetto

presenta come indicazione preferibile **la sostituzione dell'articolazione patologica (in toto o parzialmente) con una protesi interna meccanica**

- di essere stato informato circa l'esistenza di varie tecniche chirurgiche e di averne discusso con il chirurgo vantaggi e svantaggi.

CONVINTO della validità del metodo in questo caso, **esprime il proprio CONSENSO consapevole che:**

- **le caratteristiche tecniche dell'intervento proposto** consistono in: sostituzione dell'articolazione patologica con un'articolazione meccanica.
- **vi è un rischio operatorio** (vedi: Informazioni al paziente-questionario anestesilogico e Consenso all'anestesia) e vi sono dei **possibili effetti/complicanze** tra cui più frequenti (secondo la letteratura italiana ed anglosassone disponibile presso la Direzione Sanitaria):
- lesioni nervose (1-2%), lesioni vascolari (arterie e vene maggiori (0,1 – 0,2%), lesioni tendinee, ossee, muscolari
- nonostante la profilassi farmacologica, può verificarsi la trombosi venosa dell'arto inferiore (nel 6% trombosi venose prossimali) che può complicarsi con embolia polmonare, che può essere anche fatale (0,1-0,4% da quanto risulta dalla letteratura)
- infezione della protesi, con necessità di ulteriore intervento ed eventuale rimozione della protesi stessa (0,5-1% nella letteratura anglosassone, nella nostra casistica su quasi 2000 protesi di anca e ginocchio indagate dal 2008 al 2010, l'incidenza cumulativa è dello 0,27% , per l'anca 0,18%)
- infezione della ferita chirurgica che nella nostra casistica è inferiore allo 0,5%
- dolore persistente in sede dell'intervento senza causa apparente (0,5- 40% in totale; inferiore al 4% la percentuale di dolore severo)
- zoppia persistente, rigidità articolare
- lussazione (perdita di contatto, tra le componenti della protesi), con necessità di manovre in anestesia per la riduzione, di nuovo intervento (in letteratura 2-3%) di revisione dell'impianto
- differenza di lunghezza degli arti: molto frequente. La necessità di ottenere una protesi stabile porta spesso all'allungamento dell'arto per rimettere in tensione la muscolatura. In altri casi, un arto già più corto potrà rimanere tale, in quanto l'eccessivo allungamento potrebbe causare danni circolatori e neurologici. L'uguaglianza degli arti non è assolutamente tra gli obiettivi primari dell'intervento. In alcuni casi, sarà necessario l'uso di un rialzo nella calzatura per riequilibrare la lunghezza degli arti
- allergia alle componenti della protesi, intolleranza e/o allergie a sostanze analgesiche e/o anestetiche
- **non vi è la garanzia assoluta del risultato**
- **frequentemente nell'immediato post-intervento si possono verificare:** dolore transitorio, edemi periferici, ematomi/versamenti, febbre, cicatrizzazione tardiva, anemizzazione (diminuzione dei globuli rossi nel sangue)

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:

- la situazione clinica, le caratteristiche dell'osso, le condizioni generali e l'età possono richiedere, a giudizio dello specialista curante, anche in corso di intervento, l'utilizzazione di **cemento acrilico** per fissare la protesi all'osso;
- situazioni patologiche particolari sopravvenute o durante l'intervento o dopo (esempio problematiche anestesilogiche, infezioni ecc.) possono richiedere il contemporaneo impianto di **protesi interne provvisorie**, da sostituire o completare, quando possibile, successivamente;
- l'impianto protesico ha una **durata limitata nel tempo**: il 98% degli operati mantiene il buon funzionamento della protesi dopo 10 anni, in rapporto all'usura alla quale viene sottoposta ed e' sostituibile in tutto o in parte; la durata dell'impianto può essere condizionata da attività improprie; è quindi contestuale al consenso **l'impegno ad un impiego funzionale corretto, sulla base delle indicazioni fornite dallo specialista.**
- La Casa di Cura dispone di letti di terapia subintensiva; qualora fosse necessario la struttura lavora "in rete" con le unità operative di terapia intensiva degli ospedali vicini.
- La Casa di Cura si avvale di un comitato per la gestione del rischio, che analizza le criticità reali e potenziali che possono verificarsi in una struttura sanitaria, per adottare le necessarie azioni migliorative.

Il sottoscritto dichiara di aver ben compreso il significato di quanto esposto, di aver ricevuto risposta a tutte le domande poste.

Osservazioni eventuali:.....
.....

DICHIARA quindi di accettare o non accettare il trattamento chirurgico proposto

Inoltre autorizza o non autorizza l'utilizzazione, per scopi scientifici ed educativi, dei dati ottenuti dalla procedura a cui verrò sottoposto nel pieno rispetto del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati (GDPR 2016/679, D.lgs. 196/2003 e successive modifiche), ovvero con immagini e dati resi anonimi.

Il sottoscritto è stato informato che, nel caso di dubbi non emersi dal colloquio, ovvero se non è chiaro quanto sopra riportato o se volesse ulteriori delucidazioni riguardo alla proposta chirurgica, le alternative ad essa e le sue eventuali e/o potenziali complicazioni, è pregato di telefonare a:

Segreteria del reparto al n. 041-5071 806

“ “ “ “ “ 041-5071 810

Centralino 041-5071 611

per poter parlare con un medico.

Venezia Mestre, lì Firma del Paziente *

* in caso di paziente minorenne, firmano di norma entrambi i genitori ed anche il minore stesso se ha sufficiente capacità di ascolto e discernimento; analogo comportamento vale per il paziente "incapace" e il suo tutore.

Firma del Medico (e timbro)

che ha verificato che il paziente abbia compreso quanto illustrato

per poter riflettere e chiedere eventualmente un parere ad altra persona di fiducia, si precisa che:

- Copia del presente consenso è stata consegnata al paziente in data
- Ulteriori chiarimenti richiesti successivamente in data
- Ha ricevuto il "documento di primo accesso" M-CHI-21 in data
- Ha ricevuto il "questionario allergia ai metalli" M-CHI-18 in data
- Ha ricevuto il "consenso informato alla trasfusione di emocomponenti" M-DS-06 in data
- Il paziente ha già ricevuto opuscolo /i informativo/i su tale intervento SI NO
-

Data

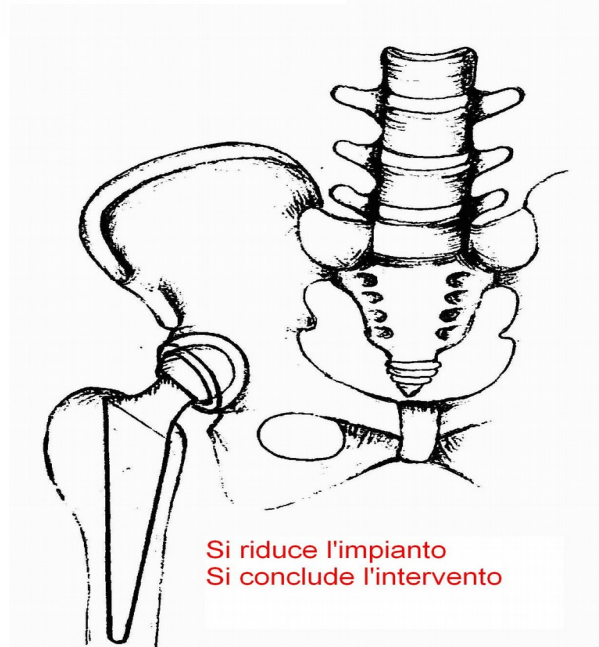
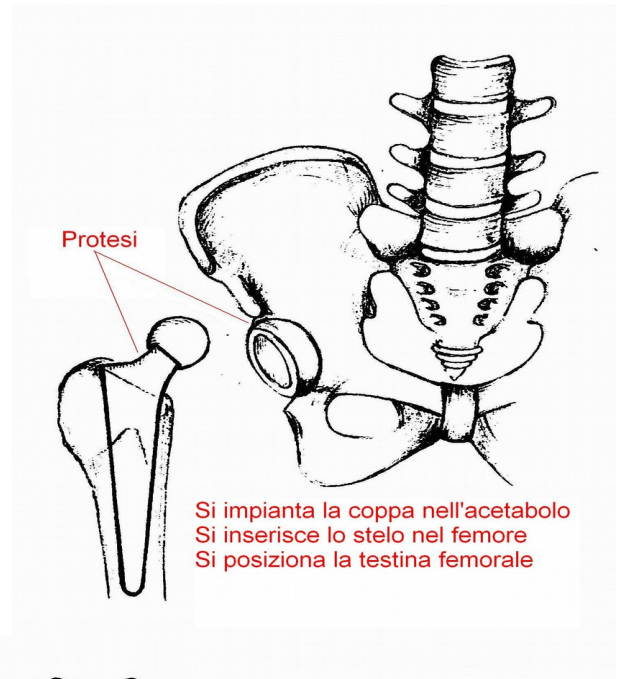
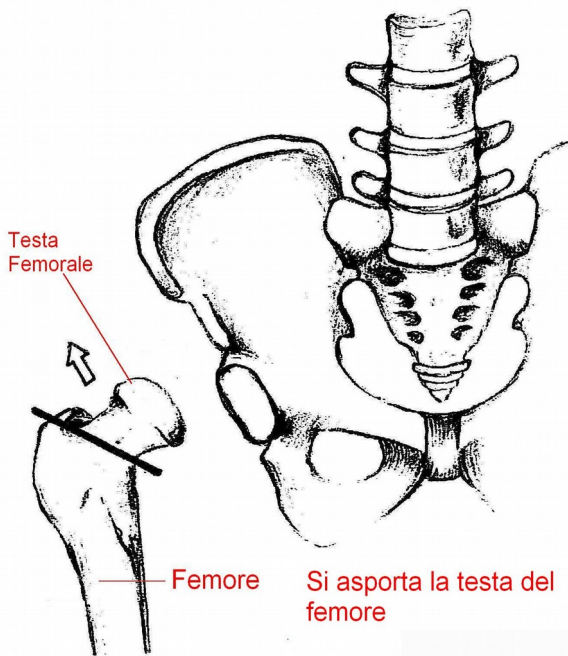
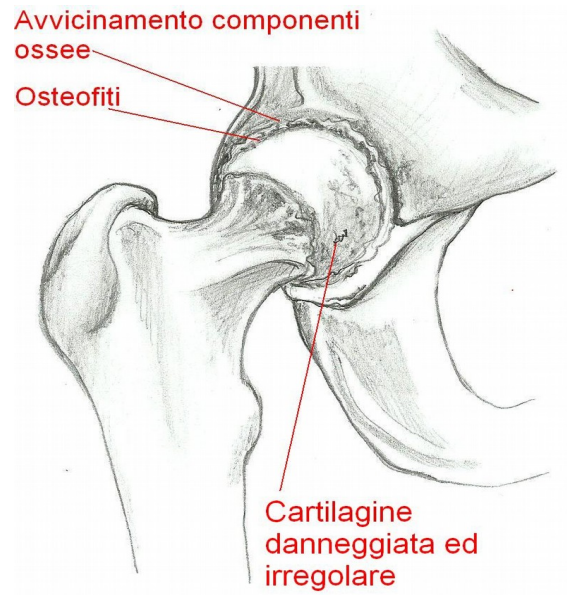
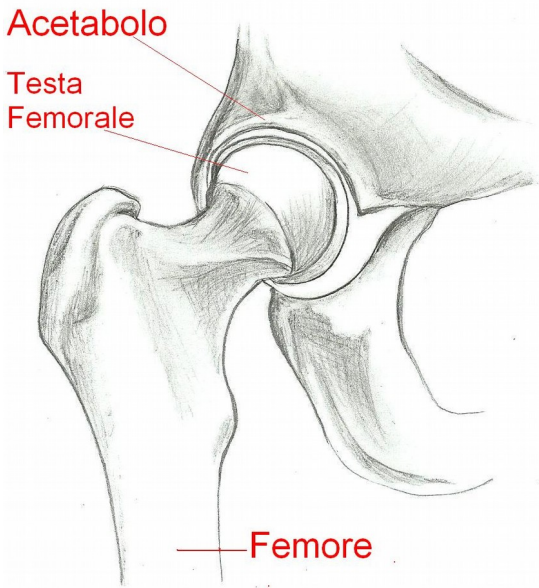
Firma del personale addetto Firma paziente

Eventuali note contemporanee o successive inerenti il presente consenso (Esempio: se il paziente comprende bene la lingua italiana, se si è ricorsi ad un facilitatore, mediatore culturale, se è presente un testimone. In tal caso è opportuno raccogliere nelle note oltre alla firma del paziente anche la firma del testimone/facilitatore/mediatore)

.....
.....

Firma paziente

DISEGNI ESEMPLIFICATIVI



Policlinico San Marco ©