



**CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO PER MORBO DI DUPUYTREN**

**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, eventuali epatiti, reazioni avverse, immunodeficienze congenite e acquisite, 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 il seguente intervento chirurgico:.....  
.....
- 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 nel caso in questione **esprime il proprio CONSENSO essendo stato informato che:**

➤ **Definizione malattia e finalità che si propone l'intervento**

Il morbo di Dupuytren è una malattia che colpisce 9 volte su 10 l'uomo (è rara nella donna); essa provoca la retrazione progressiva delle dita verso il palmo con graduale impossibilità a raddrizzarle a causa di cordoni fibrosi che si formano sotto la pelle del palmo delle dita, che impediscono i movimenti. Si realizza così una progressiva difficoltà ad aprire la mano e ad afferrare gli oggetti.

Le cause della malattia non sono ancora certe. Esiste una predisposizione ereditaria.

L'intervento chirurgico che noi eseguiamo varia a seconda dell'età del paziente. Nel giovane si asportano la fascia malata e le corde, nell'anziano, raramente, si interrompono tali cordoni e così e così si ottiene la ripresa del libero movimento delle dita. E' frequente, specie nei giovani, la ricomparsa della retrazione perché la malattia tende a recidivare localmente.

➤ **Modalità dell'intervento e comportamento successivo**

L'intervento viene eseguito in Day Surgery, la maggior parte delle volte in anestesia locale: l'anestetico viene iniettato al polso e attorno alle corde da asportare con una siringa munita di ago sottile.

Subito dopo inizia l'intervento che ha durata variabile dai 30 minuti a 3 ore.

Dopo l'intervento in anestesia locale l'operata/o può tornare a casa entro qualche ora e può muovere la mano, senza però bagnare o sporcare la medicazione; la mano deve essere mossa per almeno cinque minuti ogni ora, aprendo e chiudendo completamente le dita a pugno; non ci si deve spaventare se compare una chiazza scura o un po' di gonfiore alle dita: è molto importante muovere comunque e tenere sopraelevata la mano (con cuscino, se di notte, o sollevando l'arto sopra il capo, per 3-5 minuti medica di ogni ora, se di giorno). Occorrono due - tre settimane per guarire del tutto. Il giorno si medica la ferita e dopo 10-15 giorni vengono rimossi i punti di sutura. Entro 15-25 giorni, di solito, il paziente può riprendere tutte le sue normali attività, compreso il lavoro.

**consapevole che:**

- eventuali imprevisti possono far scegliere al chirurgo, eccezionalmente, nel corso dello stesso intervento, un'altra tecnica operatoria diversa da quella preventivata, che persegue gli stessi obiettivi
- 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** inoltre:

1. di aver **compreso le caratteristiche dell'intervento proposto** .....

2. di essere stato **informato del rischio operatorio** (vedi: Informazioni al paziente-questionario anestesiologicalo consenso all'anestesia) e delle **possibili complicanze**, tra cui (secondo la letteratura italiana ed anglosassone disponibile presso la Direzione Sanitaria) le più frequenti:

- parestesie (alterazione della sensibilità) della zona operata, causate dalla lesione di piccole terminazioni nervose a livello delle incisioni cutanee:
- rischio di danneggiare i collaterali nervosi delle dita con la conseguenza che può diminuire la sensibilità di una parte o più dita, o può andare perduta l'opposizione del pollice.
- infezione della ferita chirurgica (molto rara nella mano)
- dolore alle ferite chirurgiche, persistente anche per mesi dopo l'intervento
- lesioni tendinee
- lesioni vascolari
- algodistrofia (dolore, rigidità e decalcificazione ossea)
- crisi vagale, con caduta di pressione, che subitosi risolve con cure adatte

mentre sono eccezionali le:

- crisi allergico - anafilattica

**3. di essere stato informato della possibile insorgenza dei seguenti postumi, per lo più transitori:**

- gonfiore dell'area trattata
- versamento di liquido (sangue o siero) nella zona trattata
- febbre
- ematomi
- cicatrizzazione tardiva o deiscenza (riapertura) delle ferite chirurgiche, può formarsi talora, una piccola raccolta di sangue vicino alla ferita del palmo. La pelle può diventare di colorito bluastrò che però scompare dopo qualche settimana.
- cicatrizzazione ipertrofica, atrofica, cheiloidea

**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

data ..... 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 .....
- E' stato informato il paziente sulle istruzioni preoperatorie  (IO-CHI-04) in data.....
- E' stato informato il paziente sulle istruzioni preoperatorie  (IO-CHI-09) in data.....
- telefonicamente 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 .....