



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO
DI
ARTROSCOPIA CHIRURGICA DEL GINOCCHIO**

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 una **tecnica artroscopica ovvero mediante l'introduzione di strumenti ottici e meccanici, attraverso piccole incisioni della cute.**

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

- l'atto chirurgico potrebbe avere valenza solo diagnostica,
- eventuali imprevisti possono far scegliere al chirurgo, nel corso dello stesso intervento, un accesso tradizionale, mediante incisione cutanea, ed una tecnica operatoria diversa da quella preventivata
- 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 successo dell'intervento sarà realizzabile solo con una adeguata e costante chinesiterapia (riabilitazione) post-operatoria; è importante quanto prima prenotare presso un centro riabilitativo le terapie necessarie.

Il sottoscritto **DICHIARA** inoltre:

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

.....

....., che consiste in:

- analisi delle strutture endoarticolari
- trattamento artroscopico delle patologie rinvenute durante la fase diagnostica

2. di essere stato **informato del rischio operatorio** e delle **possibili complicanze**, tra cui (secondo la letteratura italiana ed anglosassone disponibile presso la Direzione Sanitaria) le più frequenti:

- errore diagnostico
- parestesie (alterazioni della sensibilità) all'arto inferiore, causate dal laccio emostatico o dalla lesione di piccole terminazioni nervose a livello delle incisioni cutanee
- rottura di strumenti all'interno dell'articolazione
- gonfiore della gamba per stravasamento del liquido di lavaggio
- trombosi venosa dell'arto inferiore (in letteratura fino al 9,9% in assenza di profilassi), che può complicarsi con embolia polmonare (in percentuale minima, ma nota), potenzialmente fatale
- infezione minore 0,1% sia nella nostra struttura sia dalla letteratura
- dolore alle ferite chirurgiche, persistente anche per mesi dopo l'intervento
- rigidità articolare persistente
- algodistrofia (dolore, rigidità e decalcificazione ossea localizzata)
- sindrome compartimentale (molto rara, si sviluppa in seguito all'accumulo di liquido nei compartimenti muscolari).

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

- versamento di liquido (sangue o siero) in articolazione
- ematomi o ecchimosi alla gamba
- cicatrizzazione tardiva o riapertura delle ferite chirurgiche

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 minorenni, 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-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

DISEGNI ESEMPLIFICATIVI

