

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO per Intervento Chirurgico di PROTESI DI ANCA

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Ricevuta proposta per essere sottoposto/a ad intervento chirurgico per protesi di Anca per:

- me stesso**
- mio figlio/figlia minorenni**
- persona affidata alla mia tutela**

Preso atto che la patologia articolare da cui sono affetto ha carattere progressivo ed ingravescente sia come entità del dolore che per ciò che riguarda le limitazioni progressive alla stessa deambulazione e che non esiste attualmente alternativa terapeutica rispetto all'intervento che mi è stato proposto di artroprotesi d'anca

- Confermo di aver preso visione approfondita, di non nutrire alcun dubbio in merito e di avere compreso pienamente il significato e sottoscritto, liberamente senza alcuna forzatura esterna, l'allegato tecnico fornitomi in anticipo a corredo di codesto modulo di espressione di consenso informato

- Confermo di aver ricevuto dai medici dell'equipe operatoria ogni informativa adeguata circa l'intervento di protesizzazione di anca, di aver ben compreso rischi e benefici dell'intervento stesso mediante un'informativa chiara, comprensibile ed adeguata per contenuti ed esposizione

- Confermo di avere avuto tutto il tempo per riflettere a lungo circa le problematiche sia di natura chirurgica che anestesiológica e che le risposte che mi sono state fornite da ogni medico non mi lasciano dubbio alcuno

- Confermo di avere ben compreso in ogni sua parte quelle che sono le potenziali complicanze correlate a questo intervento di chirurgia ortopedica maggiore che sono rappresentate da:

- Infezione periprotetica e sistemica
- Trombosi venosa ed embolia polmonare
- Anemizzazione severa ed ematuro
- Gravi lesioni vascolari
- Lesioni neurologiche a carico nervo sciatico, sue diramazioni o altri rami nervosi minori
- Dismetria
- Calcificazioni
- Fratture intraoperatorie con necessità di trattamento chirurgico quali cerchiaggi e sintesi
- Lussazione delle componenti per instabilità e necessità di riduzione e reintervento
- Limitazioni dell'articolarià o zoppia
- Dolore persistente
- Uso prolungato di canadesi
- Complicanze anafilattiche, cardiovascolari a seguito di cementazione protesica eventuale

- Aggravamento di preesistenti patologie neuromuscolari
 - Complicanze internistiche indipendenti dall'intervento di protesizzazione
 - Ulteriori complicanze statisticamente non rilevanti
- Confermo di aver compreso che la scelta del tipo di protesi e materiali impiantati sarà legato a casistica, esperienze e letteratura internazionale di riferimento dell'equipe e di affidarmi ed accettare pienamente tale strategia.

Pertanto io sottoscritto, capace di intendere e volere, in grado di comprendere la lingua italiana (o con interprete che mi ha ben spiegato ogni dettaglio fornitomi) avendo avuto tutto il tempo necessario per decidere in libertà ed edotto sui rischi potenziali della procedura, avendo ricevuto ogni possibile chiarimento aggiuntivo in merito alle informative in precedenza ricevute

ACCONSENTO ALL'INTERVENTO PROPOSTOMI

Firma Paziente (leggibile) _____

Firma dei genitori/tutore (leggibile) _____

Firma dell'interprete/delegato (leggibile) _____

Firma del Medico _____

Data _____

Luogo _____