

	Pre Operatorio	Mod. 0469	Pag. 1 di 3
	INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO DI PROTESI ALLA SPALLA	Parola chiave: <i>cons PTS</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Diagnosi _____

Intervento _____

Le protesi articolari sono dispositivi meccanici atti a ripristinare la funzionalità di un'articolazione danneggiata. Per la spalla sono attualmente disponibili tre grandi famiglie di protesi: le protesi cefaliche di rivestimento della testa omerale, indicate nell'artrosi concentrica con integrità della cuffia dei rotatori; le protesi anatomiche costituite da una neo testa omerale fissata su uno stelo omerale, indicate nei casi di importante deformazione della testa omerale o osteoporosi della testa omerale: in queste due protesi non è obbligatorio protesizzare la glena; la protesi inversa, necessaria in caso di artrosi eccentrica con migrazione della testa secondaria alla rottura massiva della cuffia dei rotatori, è costituita da una componente omerale con estremità a coppa e da una componente scapolare a forma sferica.

Mi sono state illustrate le motivazioni che rendono preferibili tale tipo di intervento rispetto ad altre scelte terapeutiche (mediche, fisioterapiche o chirurgiche) che, stante le caratteristiche della mia patologia, non risulterebbero altrettanto efficaci nel ridurre il dolore articolare e nel migliorare la funzionalità articolare e quindi la qualità della vita.

Dichiaro di essere informato sulle complicanze di origine generale e sui rischi generici osservabili in tutti gli interventi chirurgici ed in particolare il rischio di infezioni, di emorragie, di reazioni avverse o allergiche a farmaci, di complicanze alla trasfusione di sangue, di complicanze a carico dell'apparato cardiovascolare, dell'apparato respiratorio, dell'apparato genito-urinario, dell'apparato gastroenterico, di perdita della sensibilità, di perdita della funzionalità parziale di organi o funzioni, di paralisi, di danni cerebrali, di complicanze anche letali. Il tutto con specifico riferimento anche alle mie attuali condizioni generali di salute. Dichiaro altresì di essere stato esaurientemente informato sulle complicanze specifiche relative all'intervento indicato e qui di seguito elencate.

I RISCHI DURANTE L'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO CHIRURGICO SONO:

- lesioni di strutture vascolari (tronchi arteriosi e/o tronchi venosi maggiori) con possibile importante perdita di sangue e conseguente anemizzazione più o meno grave che può rendere necessarie trasfusioni di sangue.
- lesioni nervose con possibile perdita della sensibilità e/o paralisi parziale o completa, temporanea o permanente e conseguente ridotta o assente capacità di utilizzare alcuni gruppi muscolari.

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO DI PROTESI ALLA SPALLA	Mod. 0469	Pag. 2 di 3
		Parola chiave: <i>cons PTS</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

- fratture ossee e/o periprotetichesche con necessità di modificare il programma chirurgico preoperatorio allo scopo di stabilizzare la frattura (sintesi con cerchiaggi metallici o placche e viti).
- rottura dello strumentario all'interno dell'articolazione: evenienza rara che di regola non compromette l'esito dell'intervento ma che può rendere necessario modificare l'accesso chirurgico.

I RISCHI NEL PERIODO POST-OPERATORIO:

- complicanze vascolari,
- infezione articolare o infezione superficiale.
- formazione di ematomi sottocutanei o profondi.
- formazione di cicatrice chirurgica retraente, ipertrofica, dolorosa o inestetica.
- instabilità delle componenti protesiche con talvolta necessità di reintervento.
- mobilizzazione delle componenti protesiche con necessità di reintervento e sostituzione della protesi impiantata ed eventuale apposizione di innesti ossei.
- glenoiditi qualora la glena non fosse protesizzata.

TERAPIA POST-OPERATORIA

Uso di tutore, terapia analgesica, eventuale profilassi antitromboembolica, ciclo di fisioterapia secondo protocolli.

Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso post-operatorio, menzionando la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento operato ed il protocollo riabilitativo con i successivi accorgimenti da adottare dopo l'intervento.

Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati e della possibilità, peraltro assai remota in questo tipo di intervento, di essere sottoposto ad emotrasfusioni effettuate utilizzando sangue proveniente dal Centro Trasfusionale.

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO DI PROTESI ALLA SPALLA	Mod. 0469	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: <i>cons PTS</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE
DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO**

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

- di essere pienamente cosciente
- di aver letto attentamente il presente documento
- che il medico ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste e utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- di averne pertanto compreso interamente il contenuto con particolare riguardo alla condizione clinica, al tipo di intervento programmato, ai rischi connessi alla procedura chirurgica ed ai risultati a breve e lungo termine
- di autorizzare il medico ad effettuare il trattamento chirurgico sopra descritto

Data _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____

Firma del Medico _____

In caso di pazienti minorenni firma di entrambi i genitori:

GENITORE O TUTORE _____

GENITORE O TUTORE _____

☐ REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____
Firma del Paziente/Tutore Legale _____