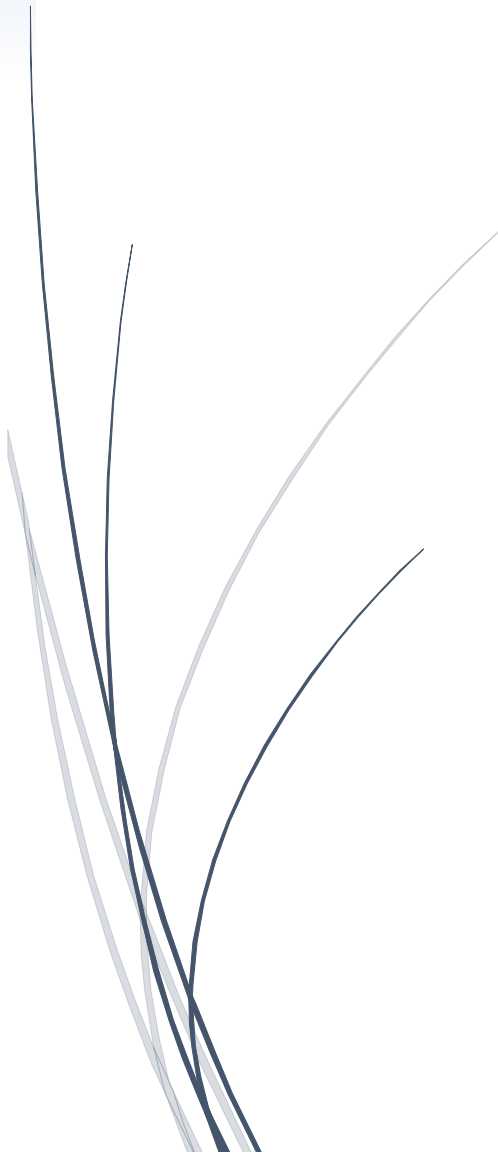




# Consenso informato

*- Rimozione mezzi di sintesi -*



**Casa di Cura Privata “Di Lorenzo” S.p.a.**

Via G. Amendola n. 22, 67051 Avezzano (AQ)

Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia

Responsabile Dott. Giancarlo Cannizzaro

Avezzano, li \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO MEDICO-CHIRURGICO

Relativo al SIG./alla SIG.RA \_\_\_\_\_

Che sarà sottoposto/a a \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Al paziente vengono illustrati esaurientemente lo stato delle sue condizioni, le possibili alternative alle cure proposte (trattamenti conservativi con terapia farmacologica. Terapia con infiltrazioni, cicli di FKT...), il tipo di procedura che verrà adottato, i benefici che tali procedure dovranno ragionevolmente produrre, i rischi e le complicanze più frequenti dell'intervento proposto in relazione alla patologia di cui è affetto (vedi foglio allegato).*

### **Diagnosi:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Tecnica operatoria:**

\_\_\_\_\_

Firma del medico informatore \_\_\_\_\_

*Per qualsiasi chiarimento potete contattare telefonicamente i numeri: 0863428200 – 0863428251*

Il sottoscritto/La sottoscritta:

cognome nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DICHIARA** con riferimento alla diagnosi sopra indicata, di essere stato reso edotto dal Dott. \_\_\_\_\_ e/o da un medico membro dell'Equipe Chirurgica delle indicazioni terapeutiche alternative e di quella consigliata, della tecnica prescelta e del risultato previsto per l'intervento, dell'evoluzione della patologia dalle quale sono affetto in assenza di adeguata terapia.

- **Dichiara di essere stato informato** delle complicanze e dei rischi generici che possono conseguire alla terapia chirurgica ed in particolare il rischio di infezione, emorragia, reazione ai farmaci, complicazioni alle trasfusioni di sangue, trombosi, embolie, perdita della sensibilità, perdita della funzionalità parziale o totale di organi o funzioni, paralisi, danni cerebrali, complicanze anche letali, il tutto con specifico riferimento alle sue attuali condizioni di salute.
- **Dichiaro di essere stato informato** su ogni possibile conseguenza fisica, mentale e occupazionale che potrebbe presentarsi nel postoperatorio.
- **Di essere stato informato** sul comportamento da seguire prima e dopo l'intervento chirurgico. Confermo che nella stesura dell'anamnesi ho menzionato tutti i disturbi a me noti sul mio stato di salute e autorizzo che vengano eventualmente consultate le cartelle cliniche relative.
- **Di essere stato informato** che il risultato funzionale definitivo dipende:
  - ✓ dalla corretta esecuzione del programma riabilitativo e fisioterapico da eseguire in un centro scelto a mia discrezione;
  - ✓ dal corretto follow-up clinico da eseguire con controlli presso l'ambulatorio ortopedico indicato.
- **Dichiaro di essere stato informato** delle complicanze specifiche relative all'intervento indicato come da foglio allegato da me sottoscritto.

Mi impegno a collaborare col personale di cura e assistenza allo scopo di ottenere il più valido risultato possibile.

***Pertanto presto liberamente e consapevolmente il mio consenso:***

- a) ad essere sottoposto all'intervento in oggetto con le tecniche e i materiali che l'equipe chirurgica ritenga più idonei al mio caso.
- b) ad essere sottoposto ad ulteriori procedure chirurgiche qualora nel corso dell'intervento si dovessero evidenziare situazioni patologiche non rilevate precedentemente, la cui risoluzione chirurgica sia oggettivamente indispensabile per salvare la mia vita o migliorarne la qualità e non possa essere necessariamente\utilmente differita.
- c) ad eseguire riprese video e a raccogliere i dati relativi all'intervento chirurgico in atto, a scopo scientifico e documentativo, e a raccogliere gli stessi su supporto digitale che, su mia specifica richiesta, mi sarà consegnato.
- d) a scegliere, nel caso di patologie articolari bilaterali, il lato che sarà sottoposto ad intervento per primo.

***Sono consapevole del fatto che non mi può essere data alcuna garanzia per quanto riguarda il successo dell'intervento e che può rendersi necessario modificare tecnicamente l'intervento nel corso dello stesso.***

SOTTOSCRIVO IL PRESENTE MODULO E LO SPECIFICO FOGLIO INTEGRATIVO ALLEGATO, REDATTI CON TERMINI DA ME COMPRESI, DOPO AVERLO LETTO E DISCUSO IN MODO ESAURIENTE CON I MEDICI DELL'EQUIPE DELL'U.O DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DELLA CASA DI CURA DI LORENZO
---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Casa di cura Privata "Di Lorenzo" S.p.a. – via G. Amendola 22, 67051 Avezzano (AQ) tel. 0863428200

**Casa di Cura Privata “Di Lorenzo” S.p.a.**

Via G. Amendola n. 22, 67051 Avezzano (AQ)

Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia

Responsabile Dott. Giancarlo Cannizzaro

Avezzano, li \_\_\_\_\_

ALLEGATO AL CONSENSO INFORMATO MEDICO-CHIRURGICO  
DEL SIG./DELLA SIG.RA

---

Possibili **COMPLICANZE SPECIFICHE** per l'intervento **DI RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI**

- CHELOIDI
- DEISCENZA DELLA FERITA CUTANEA
- DETERMINAZIONE DI FRATTURA IATROGENA ALLA MANOVRA DI RIMOZIONE
- DISESTESIE E/O ANESTESIE DELLE ESTREMITA' O DEL SITO CHIRURGICO
- EMBOLIE
- FLEBITI E/O TROMBOSI
- IMPOSSIBILITA' NELLA RIMOZIONE DEI MEZZI DI SINTESI A CAUSA DELL'ECCESSIVA OSTEOINTEGRAZIONE NONOSTANTE IDONEO STRUMENTARIO
- IMPREVEDIBILE INTOLLERANZA AI MATERIALI COSTITUITI I TUTORI DI IMMOBILIZZAZIONE
- INFEZIONI E/O OSTEOMIELITI
- LA RIMOZIONE PUO' ESSERE LA CAUSA DELLO SPOSTAMENTO DEI MONCONI DI FRATTURA, OVE I PROCESSI RIPARATIVI NON FOSSERO COMPLETI, NONOSTANTE IL RISPETTO DEI TEMPI CHE CARATTERIZZANO LA GUARIGIONE DELLE DIVERSE FRATTURE.
- LESIONI CUTANEE E DEI TESSUTI MOLLI CHE PUO' ESSERE INDIPENDENTE DALL'ATTENZIONE MESSA DAL PERSONALE NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'
- POSSIBILE INTERFERENZA NEGATIVA CON I PROCESSI DI GUARIGIONE IN TERMINI DI RITARDO E/O VIZIO CONSOLIDATIVO.
- RECIDIVA DI INSTABILITA' ARTICOLARE CON POSSIBILI EPISODI DI LUSSAZIONE
- RIGIDITA' ARTICOLARE ANCHE DELLE ARTICOLAZIONE CONTINUE E/O CONTIGUE ALL'ARTICOLAZIONE INTERESSATA.
- ROTTURA DEI MEZZI DI SINTESI DURANTE LA RIMOZIONE CON IMPOSSIBILITA' ALLA RIMOZIONE TOTALE NONOSTANTE IDONEO STRUMENTARIO
- SCOMPOSIZIONE ITERATIVA DEL FOCOLAIO DI FRATTURA

Firma del Medico informatore

Firma del paziente

Casa di cura Privata “Di Lorenzo” S.p.a. – via G. Amendola 22, 67051 Avezzano (AQ) tel. 0863428200

## DA COMPLETARE AL MOMENTO DEL RICOVERO

Eventuali domande poste in merito alle informazioni ricevute:

---

---

---

Il paziente non ha fatto altre domande circa le informazioni ricevute.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_,

**Dichiaro** che al momento del ricovero, dopo aver letto attentamente il consenso informato rilasciatomi in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_ e/o da un medico membro dell'Equipe Chirurgica e di averne compreso pienamente i contenuti, acconsento ad essere sottoposto all'intervento chirurgico proposto.

Avezzano, il \_\_\_\_\_

Firma Medico informatore

---

Firma paziente

---

Firma tutore

---

- In qualità di esercente la potestà sul minore
- In qualità di tutore del paziente
- In qualità di mediatore culturale, testimone e traduttore dell'informativa