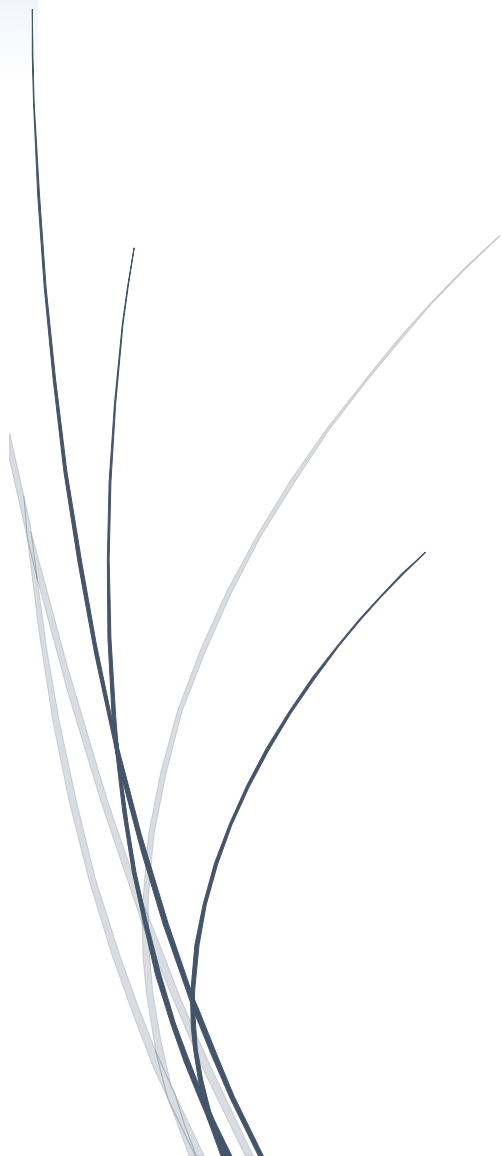




Consenso informato

-chirurgia del piede-



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 a _____

Che sarà sottoposto/a a _____

In data ____/_____/_____

Ai genitori e 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 e nome _____

Cognome e nome _____

DICHIARANO con riferimento alla diagnosi sopra indicata, di essere stati resi edotti 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.

- **Dichiarano di essere stati informati** delle complicitanze 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, complicitanze anche letali, il tutto con specifico riferimento alle sue attuali condizioni di salute.
- **Dichiarano di essere stati informati** su ogni possibile conseguenza fisica, mentale e occupazionale che potrebbe presentarsi nel postoperatorio.
- **Dichiarano di essere stati informati** 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.
- **Dichiarano di essere stati informati** 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.
- **Dichiarano di essere stati informati** delle complicitanze specifiche relative all'intervento indicato come da foglio allegato da me sottoscritto.

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

Pertanto prestiamo liberamente e consapevolmente il nostro consenso:

- a) all'intervento in oggetto con le tecniche e i materiali che l'equipe chirurgica ritenga più idonei al caso.
- b) 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 nostra specifica richiesta, ci sarà consegnato.
- d) a scegliere, nel caso di patologie articolari bilaterali, il lato che sarà sottoposto ad intervento per primo.

Siamo consapevoli del fatto che non ci 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.

SOTTOSCRIVIAMO IL PRESENTE MODULO E LO SPECIFICO FOGLIO INTEGRATIVO ALLEGATO, REDATTI CON TERMINI DA NOI 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 dei genitori _____

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 DI:

Possibili **COMPLICANZE SPECIFICHE** per l'intervento **DI CHIRURGIA DEL PIEDE**

- ALGODISTROFIA (dolore, iperestesia, disturbi vasomotori, distrofia cutanea)
- CHELOIDE (cicatrici ipertrofiche)
- DISMETRIE PODALICHE (relative alle tecniche chirurgiche necessariamente utilizzate)
- EDEMA DELL'ARTO (piede e caviglia)
- INFEZIONE
- INFEZIONI, MIGRAZIONI, ROTTURE, IRRITAZIONI CUTANEE, OSTEOPOROSI (nell'uso delle osteosintesi)
- INSTABILITA' O ROTTURE PROTESICHE (od endortesiche) settiche od asettiche
- INTOLLERANZA AI MATERIALI (in caso di protesi o mezzi di sintesi, materiali di sutura)
- LESIONI VASCOLARI E/O NERVESE
- NECROSI DEI MONCONI OSSEI
- NEUROPATIA (disestesie, ipo od iperestesie)
- OSSIFICAZIONI ETEROTOPICHE
- REAZIONI AD EVENTUALI INNESTI OSSEI
- RECIDIVA DELLE DEFORMITA' E/O DELLA PATOLOGIA QUO ANTE
- RIGIDITA' O LASSITA' ARTICOLARI post-operatorie (legate allo stato biologico del paziente)
- RISCHI RELATIVI ALLO STATO GENERALE (etilismo, diabete, immunodepressione, ecc.)
- TROMBOSI E/O EMBOLIE
- VASOSPASMO (cianosi dita e piede)

Firma del Medico informatore

Firma dei genitori

_____ | _____

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

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