



Casa di Cura Villa Aurora S.p.A.

CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

Modulo_consenso intervento



Ed. 1 Rev.1 del 29.03.2016

Numero cartella _____

Nome e Cognome paziente _____ data di nascita _____

Mi è stato proposto dal Dott. _____ un intervento chirurgico di:

CORREZIONE CON TECNICA PERCUTANEA

In quanto affetto da:

ALLUCE VALGO DX SX

METATARSALGIA DX SX

DITO A MARTELLO DX SX

ALTRO

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato che:

- **la chirurgia percutanea del piede non deve essere fatta per motivi estetici;**
- **la chirurgia percutanea è una chirurgia di sottrazione** (il piede operato risulterà più corto dell'altro)
- **la chirurgia percutanea non risolve la causa della deformità ma solo il suo effetto;**
- **la correzione del dito a martello comporta la perdita della prensilità del dito operato:** dopo l'intervento il dito rimarrà rigido;
- **la percentuale di successo è di circa l'85%** (15% iper/ipo correzione, rigidità articolare);
- **per la mia patologia non esistono trattamenti alternativi altrettanto efficaci.**

Dichiaro di essere stato informato che le possibili complicazioni dell'intervento sono:

- **marcato e persistente gonfiore del piede**, complicità minore risolta con maggior riposo e/o applicazione di ghiaccio;
- **flebotrombosi** delle vene profonde della gamba, la cui profilassi è principalmente rappresentata dalla deambulazione precoce con scarpa ortopedica fino alla prima medicazione (associata ad eparina, ove necessario);
- **embolia polmonare**, conseguenza grave della trombosi venosa, richiede la stessa profilassi;
- **infezioni della ferita**, in genere limitate alla cute, per cui si pratica profilassi antibiotica;
- **ritardo di consolidamento delle fratture**, che comporta prolungamento dei tempi di recupero;
- **riduzione della mobilità dell'alluce**, legata in genere a fenomeni artrosici intercorrenti, può richiedere un intervento correttivo;
- dopo l'intervento potrebbero verificarsi disagi per un tempo variabile da 8 a 16 settimane, il tempo di completa guarigione può arrivare a 6 mesi;
- le **recidive** possono arrivare al 20%.

Dichiaro inoltre:

- a) di essere consapevole del fatto che l'operatore potrebbe trovarsi nella necessità di modificare il programma operatorio concordato;
- b) di aver potuto esaurientemente discutere il programma operatorio mediante colloquio pericovero;
- c) di non poter pretendere garanzia assoluta di risultato favorevole ma solo di corretta applicazione delle procedure descritte e concordate;
- d) di essere a conoscenza della possibilità di ritardi o rinvii per problemi organizzativi.

Tutto ciò premesso ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento chirurgico propostomi

Foligno, lì _____

Firma del Paziente

Firma del Medico



Casa di Cura Villa Aurora S.p.A.

**CONSENSO INFORMATO
AD INTERVENTO CHIRURGICO**

Modulo_consenso intervento



Ed. 1 Rev.1 del 29.03.2016

Numero cartella _____

Nome e Cognome paziente _____ data di nascita _____

Mi è stato proposto dal Dott. _____ un intervento chirurgico di:

Foligno, lì

Firma del Paziente

Firma del Medico