

Il/la sottoscritto/a
nato/a il CF
residente in Via
Tel email

- per se stesso
- esercente/i la patria potestà sul minore a cui è stata data adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sotto riportati;
- legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale) di

DICHIARA

- di aver ricevuto dal Dr. ogni possibile informazione riguardo sede, natura ed entità delle lesioni / patologia degenerativa da cui risulta:

- alluce valgo
- dita a martello
- metatarsalgia
- altro

ed ai presumibili esiti futuri;

- di avere compreso chiaramente, a seguito delle spiegazioni del predetto medico-chirurgo, che ha illustrato con modi e termini comprensibili, l'anatomia e la fisiologia dell'articolazione del piede **dx** **sin.**, e dunque di aver capito che sussistono le indicazioni ,

AD ESEGUIRE IL SEGUENTE INTERVENTO:

-
-
-
-

Ai suddetti fini, in particolare per poter decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, il sottoscritto è stato invitato a leggere attentamente quanto segue con riferimento alla natura, portata, estensione, rischi, possibilità e probabilità di risultati e conseguenze anche negative nonché circa gli scopi del suddetto intervento chirurgico, sui prevedibili disagi e rischi che possono originare, così come sulle possibili alternative al trattamento consigliato e proposto.

Con riferimento alla suddetta patologia di:

- alluce valgo
- dita a martello
- metatarsalgia
-

.....
esistono numerose tecniche chirurgiche, ovviamente diverse tra loro, ognuna con le proprie indicazioni e controindicazioni.

Il risultato finale potrà essere influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione dell'intervento, risultato che non risulta sempre prevedibile.

Malattie croniche come il diabete, disturbi vascolari e nervosi, il sovrappeso, possono condizionare negativamente il risultato e i tempi di recupero.

Le diverse tecniche chirurgiche possono riassumersi in:

TECNICA 1: interventi che prevedono ferite più o meno ampie nel piede, finalizzate ad esporre i tessuti e le ossa dello stesso affinché sia possibile compiere, su tale segmento corporeo, tutte le opportune correzioni che poi andranno sintetizzate con mezzi metallici.

TECNICA 2: interventi che prevedono procedure mini - invasive ovvero percutanee (piccole incisioni) attraverso le quali effettuare l'intervento, al termine del quale si utilizzano poi dei mezzi di sintesi metallici per stabilizzare le correzioni ottenute.

TECNICA 3: interventi che utilizzano tecniche mini - invasive ovvero percutanee senza l'utilizzo finale di mezzi di sintesi metallici ma solo fasciature che risolvono o riducono molti dei problemi affrontati con la chirurgia "aperta" diminuendo le possibili complicazioni, migliorando e accorciando i processi di recupero post-chirurgico. L'intervento può prevedere una terapia farmacologica di supporto, che consiste nella profilassi antibiotica e anti-tromboembolica pre e post operatoria.

Essendo stato ampiamente informato su tutte le possibili soluzioni chirurgiche, ed avendone ben compreso tutti i vantaggi e svantaggi dell'una e dell'altra ho ritenuto opportuno la tecnica sopra spiegata e distinta come

tecnica 1

tecnica 2

tecnica 3

Premesso ciò, a seguito dell'attenta analisi clinica e delle radiografie del suddetto piede da parte del medico ai fini del controllo sulla fattibilità dell'intervento da eseguire con la tecnica sopra prescelta è emerso che sussistono le necessarie indicazioni cliniche e strumentali e dunque chirurgiche.

Trattandosi di un intervento chirurgico il sottoscritto dichiara di essere stato ampiamente e specificamente informato sul tipo di anestesia che verrà effettuata nonché sul fatto che, dopo l'intervento, potrebbero verificarsi disagi per un periodo di tempo legate ad edemi, gonfiore, dolori, infiammazione, infezione, impossibilità a portare scarpe abituali, camminare tranquillamente, riutilizzare scarpe con tacchi e che comunque prima di sei mesi il piede non può considerarsi guarito.

Il sottoscritto riconosce che medico lo ha reso edotto/a del fatto che l'intervento non ha finalità estetiche ma si è reso necessario solo perché il piede sopra indicato è dolente, tanto da poter il dichiarante indicare in una scala del dolore da 1 a 10 un grado di pari a _____.

* * * * *

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato e dunque di avere pienamente compreso che:

- nessuna garanzia può essere fornita circa l'esito dell'intervento e delle possibilità e probabilità di successo del medesimo;
- l'incidenza di recidiva è del 20% (venti-per cento) circa la possibilità di danni e/o lesioni vascolo-nervosi e tessutali a carico di vasi, nervi e tessuti adiacenti all'area d'intervento, anche se l'intervento medesimo è stato eseguito nel rispetto delle linee guida, delle buone pratiche assistenziali e con la dovuta prudenza, perizia, diligenza;
- tali danni comuni a tutti gli interventi chirurgici, si esprimono solitamente sotto forma di sanguinamenti e sensazioni di anestesia e che queste ultime, pure essendo solitamente temporanee, possono in una ristretta percentuale dei casi risultare permanenti;
- sono possibili complicanze post-operatorie, quali: a) marcato e persistente gonfiore al piede, complicanza minore risolta con maggior riposo e/o ghiaccio; b) flebo-trombosi delle vene della gamba, la cui profilassi è principalmente rappresentata dalla deambulazione precoce (associata ad eparina, ove necessario); c) embolia polmonare, conseguenza grave della flebo-trombosi, richiede la stessa prevenzione; d) infezioni della ferita, che possono limitarsi alla cute o interessare i tessuti profondi, per cui verrà effettuata terapia antibiotica e se necessario antitrombotica; e) ritardi di consolidamento delle fratture, legate spesso a problemi vascolari, con conseguente prolungamento del tempo di guarigione; f) riduzione della mobilità del dito, legata in genere a fenomeni artrosici con necessità di un intervento correttivo; g) altri eventuali complicazioni da cause note e ignote ovvero infezioni, emorragie, deiscenze di suture, reazioni allergiche, trombosi venose, pseudoartrosi, dita più corte, recidive ecc. complicazioni che in rarissimi casi possono essere persino fatali.

**CORREZIONE DI ALLUCE VALGO E
PATOLOGIE ASSOCIATE**

Mod. CONSENSO

Rev.3 del 21/02/2023

Il sottoscritto dichiara inoltre di avere chiaramente capito, stante lo scrupolo informativo in tal senso manifestato dal medico, che:

- la chirurgia percutanea del piede non deve essere fatta per motivi estetici;
- la chirurgia percutanea del piede è una chirurgia in sottrazione, per cui l'estremità operate risulteranno più corte delle altre;
- la chirurgia percutanea del piede non risolve la causa della deformità ma solo il suo effetto;
- la percentuale di successo è pari all'80% mentre la percentuale di insuccesso si attesta intorno al 20% (manifestandosi in ipocorrezione - ipercorrezione, rigidità articolare);
- nella chirurgia percutanea del dito a martello il segmento scheletrico rimane rigido e insensibile;
- la chirurgia percutanea del piede può determinare un allungamento dei tempi di consolidamento dei capi ossei.

* * * * *

Il sottoscritto attesta inoltre di avere ricevuto informazioni anche in merito all'organizzazione della struttura sanitaria presso cui l'intervento verrà effettuato e che si tratta di case di cura autorizzate ed accreditate con le quali vi sono accordi contrattuali di tipo libero professionale con il SSN, per cui dovranno essere rispettate le vigenti regole anche per quanto riguarda l'ammissione e la degenza; riconosce inoltre di avere compreso che potrebbero sussistere eventuali problemi organizzativi che a loro volta potrebbero causare anche rinvii della seduta operatoria programmata.

* * * * *

RICEVUTA DI CONSEGNA MODELLO DI CONSENSO INFORMATO / RICONSEGNA E REVOCA DELLO STESSO.

Il sottoscritto dichiara che il presente modello di consenso informato è conforme alla copia cartacea consegnatami in sede di visita preliminare, della quale ho preso ampia ed esaustiva visione accettandone e condividendone tutte le clausole; dichiara inoltre di avere compreso che in ogni caso e per sopravvenuti dubbi potrà fare qualsiasi domanda o anche decidere di rinunciare alla procedura terapeutica proposta, anche dopo l'ingresso in ospedale, manifestando espresso dissenso all'intervento.

* * * * *

Sulla base dei chiarimenti ricevuti e delle dichiarazioni effettuate il sottoscritto, avendo riletto e compreso appieno tutto quanto sopra esposto e non avendo ulteriori domande da porre a chiarimento di residui dubbi, esprime il proprio

CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE

al sopra indicato intervento chirurgico, precisando di aver ricevuto dal medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione di questa dichiarazione mediante colloquio pre-ricovero e che è stato concesso il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute, consapevole inoltre del fatto che si possono verificare nel corso dell'intervento condizioni imprevedibili che rendano necessarie altre procedure adeguate.

Il sottoscritto, sopra indicato, tenuto conto delle suddette informazioni, contestualmente al consenso in esame assume l'impegno ad un impiego funzionale corretto anche nella fase post-operatoria, sulla base delle indicazioni fornite dallo specialista.

Lo stesso sottoscritto, pur dichiarando di aver ben compreso il significato di quanto sopra esposto, dunque di aver ricevuto risposta a tutte le domande poste, osserva quanto segue:

OSSERVAZIONI:.....
.....
.....

* * * * *

Per quanto sopra specificato, il sottoscritto,

DICHIARA

di accettare non accettare

e di prestare consenso esplicito al suddetto intervento chirurgico e ad ogni altra prestazione che in rapporto allo stesso dovesse risultare opportuno e/o necessario, concordando che la tecnica chirurgica sopra indicata potrebbe

**CORREZIONE DI ALLUCE VALGO E
PATOLOGIE ASSOCIATE**

anche essere modificata dall'operatore nel corso dell'intervento qualora egli lo ritenesse necessario e/o opportuno nell'interesse e dunque per la migliore cura dello stesso dichiarante/paziente.

* * * * *

Il sottoscritto, precisato che i dati personali e sensibili dovranno essere trattati in modo riservato ed ai soli fini del trattamento medico sopra indicato, tenuto conto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018, in attuazione del Reg. UE n. 679/2016,

DICHIARA

di autorizzare non autorizzare
l'utilizzazione, per scopi scientifici ed educativi, dei dati ottenuti dalla procedura a cui verrà sottoposto nel pieno rispetto del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati (ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018, in attuazione del Reg. UE n. 679/2016), ovvero con immagini e dati resi anonimi.

* * * * *

Il sottoscritto,

DICHIARA

infine di acconsentire non acconsentire
a che i sanitari forniscano le informazioni relative al suo stato di salute a:

familiari / congiunti; altri.....

Foligno , li

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____
che ha verificato che il paziente abbia compreso quanto illustrato.

RICEVUTA DI CONSEGNA MODELLO DI CONSENSO INFORMATO / RICONSEGNA E REVOCA DELLO STESSO.

Il sottoscritto dichiara che il suesteso consenso informato è conforme alla copia cartacea consegnatami in sede di visita preliminare, della quale ho preso ampia ed esaustiva visione accettandone e condividendone tutte le clausole; dichiara inoltre di avere compreso che in ogni caso e per sopravvenuti dubbi potrà fare qualsiasi domanda o anche decidere di rinunciare alla procedura terapeutica proposta, anche dopo l'ingresso in ospedale, manifestando espresso dissenso all'intervento.

Foligno , li

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____
che ha verificato che il paziente abbia compreso quanto illustrato.