

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:

- Lesione meniscale Patologia della cartilagine
- Lesione legamentosa Patologia della rotula
- 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 ginocchio,

CONSIGLIANDO DI ESEGUIRE IL SEGUENTE INTERVENTO:

ARTROSCOPIA DI GINOCCHIO DX SX

.....

N.B. indicare altro tipo di intervento

- di avere inoltre ben compreso, stante le chiare ed esaurienti spiegazioni del medico, che nel caso di specie la terapia conservatrice è inefficace;
- di avere capito che stante le caratteristiche della suddetta patologia, risultano poco efficaci trattamenti alternativi;
- di avere compreso dunque i rischi che il paziente potrebbe correre ove non fosse sottoposto al predetto intervento chirurgico;
- di essere consapevole del fatto che l'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età, grado originario di degenerazione tendinea, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, l'osservanza dei consigli postoperatori;
- di essere stato informato degli scopi che l'intervento si propone, delle difficoltà ad esso legate e che le complicanze generali possibili sono quelle derivanti da ogni intervento eseguito in anestesia locale quali crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive ed ipertensive, fenomeni allergici nei confronti di farmaci anestetici o di altre terapie somministrate;
- di avere chiaramente compreso che le complicanze relative a questo specifico intervento sono rappresentate da dolore, sanguinamento con successivo ematoma, lesione dei fasci vascolo-nervosi, successive alterazioni della sensibilità della parte;
- di avere altresì compreso che possono intervenire ulteriori complicanze intra e post-operatorie quali:

a) la rottura dello strumentario chirurgico, che non compromette l'esito dell'intervento ma può rendere necessario una incisione con apertura dell'articolazione; b) la lesione di un vaso o di un nervo adiacenti all'articolazione; c) il versamento ematico o infiammazione dell'articolazione; d) l'infezione intrarticolare; e) l'intolleranza ai materiali di impianto; f) la rigidità articolare dovuta alla formazione di aderenze; g) la residua instabilità da secondario allentamento o rottura del neolegamento in caso di plastica del LCA;

- di avere capito inoltre per quanto sopra che non vi è la garanzia assoluta del risultato e che per ogni intervento sussiste un rischio operatorio.

- di avere compreso altresì come nella maggior parte degli interventi chirurgici sono possibili, seppur raramente, complicanze di tipo infettivo e tromboembolico, per cui per alcune di esse, prima e dopo l'intervento verranno effettuate terapie di prevenzione (profilassi antibiotica e antitromboembolica), che riducono fortemente, ma non annullano, le più importanti complicanze sopra menzionate.

* * * * *

In forza delle suddette spiegazioni il sottoscritto

DICHIARA E RICONOSCE

- di essere stato informato dell'eventualità di un'incisione esterna per poter eseguire in modi migliore l'intervento;
- di essere stato informato altresì che per l'intervento proposto e sotto indicato vi è necessità di somministrare sostanze analgesiche ed anestetiche, per le quali vi è la possibilità di intolleranza;
- di essere stato informato della possibilità di utilizzare acido tranexamico per diminuire le perdite ematiche;
- di essere a conoscenza che tale consenso è libero da pressioni, revocabile in qualsiasi momento, eventualmente modificabile, delegabile a terzi di fiducia preventivamente autorizzati per iscritto;
- di assumersi ogni responsabilità che possa derivare da conseguenze del rifiuto alle prestazioni sanitarie;
- di assumersi ogni responsabilità che possa derivare da interruzioni volontarie del programma terapeutico previsto;
- di essere disposto e dunque di impegnarsi a fornire la massima collaborazione possibile con il personale curante e di assistenza, al comune scopo di ottenere il più valido risultato possibile;
- di aver compreso l'importanza di segnalare, nel proprio interesse, precedenti trasfusioni ed eventuali reazioni avverse, interventi subiti, terapie pregresse o in corso, nonché eventuali manifestazioni tossiche o allergiche sofferte in passato, in particolare a farmaci e/o metalli;
- di essere stato informato che le alternative terapeutiche discusse non sono indicate nel caso di specie;
- di essere stato altresì edotto circa la possibilità che nel corso dell'intervento chirurgico si renda necessario effettuare trasfusione di sangue e/o emoderivati.

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 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.