



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:

STABILIZZAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE SCAPOLO-OMERALE A CIELO APERTO

Dichiaro di essere a conoscenza del mio stato di malattia

Instabilità articolazione scapolo-omerale **DX** **SX**

Sono consapevole che le caratteristiche della mia patologia rendono poco efficaci trattamenti alternativi e dei rischi che correrei se non fossi sottoposto/a all'intervento proposto. Mi è stato illustrato che l'intervento di stabilizzazione dell'articolazione scapolo-omerale può essere eseguito in artroscopia o a cielo aperto e che nel mio caso, considerata l'obiettività clinica, è preferibile eseguire l'intervento a cielo aperto.

Sono a conoscenza che l'esito dell'intervento dipende da numerosi fattori (tipo di lussazione, tipo di lesione, ecc.) e che può essere necessario l'uso di viti metalliche o riassorbibili.

Mi è stato spiegato che l'intervento comporta i rischi comuni a tutti i trattamenti chirurgici legati all'età ed alle condizioni generali del paziente. Mi sono state comunque menzionate le possibili più importanti complicanze intra e post-operatorie:

- a) lesione dei vasi;
- b) lesione dei nervi, in particolare del plesso brachiale, di solito a regressione spontanea
- c) rigidità articolare
- d) residua instabilità
- e) persistenza del dolore per qualche mese

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

Dichiaro di aver ricevuto dal medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione di questa dichiarazione mediante colloquio prericovero e che ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute consapevole che si possono verificare nel corso dell'intervento condizioni imprevedibili che rendano necessarie procedure adeguate.

Tutto ciò premesso

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento chirurgico propostomi

Foligno, li

Firma del Paziente

Firma del Medico