

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 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 oggetto di diagnosi;

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

.....
ed ai presumibili esiti futuri e dunque di avere compreso che pertanto sussistono le indicazioni ad eseguire intervento di:

ARTROPROTESI ANCA DX SX

- di avere capito che **le caratteristiche tecniche dell'intervento proposto consistono nella sostituzione dell'articolazione patologica dell'ANCA Dx Sx con un'articolazione meccanica.**

- di avere inoltre ben compreso, stante le chiare ed esaurienti spiegazioni del medico, che:

- **vi è un rischio operatorio** (vedi: Informazioni al paziente-questionario anestesilogico e consenso informato all'anestesia) e possono aversi **possibili complicanze**, tra cui le più frequenti (secondo la letteratura italiana ed internazionale):

- vi è un rischio operatorio (vedi: Informazioni al paziente / questionario anestesilogico e Consenso all'anestesia) e vi sono dei possibili effetti/complicanze tra cui più frequenti:

- lesioni nervose (1-2% in aumento nelle displasie), lesioni vascolari (arterie e vene maggiori (0,1-0,2%), lesioni tendinee, ossee, muscolari (le percentuali delle lesioni nervose e muscolari sono ridotte utilizzando la via anteriore);

- nonostante la profilassi farmacologica, può verificarsi la trombosi venosa dell'arto inferiore (nel 4% trombosi venose prossimali) che può complicarsi con embolia polmonare, che può essere anche fatale (0,1-0,4% da quanto risulta dalla letteratura);

- infezione della protesi, con necessità di ulteriore intervento ed eventuale rimozione della protesi stessa (1 - 1,5% nella letteratura anglosassone);

- infezione della ferita chirurgica inferiore allo 0,5%;

- lussazione (perdita di contatto, tra le componenti della protesi), con necessità di manovre in anestesia per la riduzione, di nuovo intervento (in letteratura 2-3%) di revisione dell'impianto; nettamente ridotta l'incidenza nelle anche operate con via d'accesso anteriore;

- differenza di lunghezza degli arti: molto frequente; nettamente ridotta l'incidenza con la via anteriore; la necessità di ottenere una protesi stabile porta spesso all'allungamento dell'arto per rimettere in tensione la muscolatura; in altri casi, un arto già più corto potrà rimanere tale, in quanto l'eccessivo allungamento potrebbe causare danni circolatori e neurologici; l'uguaglianza della lunghezza degli arti non è assolutamente tra gli obiettivi primari dell'intervento; in alcuni casi, sarà necessario l'uso di un rialzo nella calzatura per riequilibrare la lunghezza degli arti;

- **non vi è la garanzia assoluta del risultato;**
- **frequentemente nell'immediato post-intervento** si possono verificare: dolore transitorio, edemi periferici, ematomi/versamenti, febbre, cicatrizzazione tardiva, anemizzazione (diminuzione dei globuli rossi nel sangue che necessita di trasfusioni);
- l'impianto di artroprotesi dell'anca richiede, nella maggior parte dei casi, l'utilizzazione di **cemento acrilico** per fissare la protesi all'osso;
- il materiale di composizione delle protesi è CR-CO (ai pazienti con allergia dichiarata al Nichel verranno impiantate protesi Nichel Free);
- situazioni patologiche particolari (sospetto di infezione, insufficienza ossea o legamentosa inaspettata) possono richiedere il contemporaneo impianto di **protesi interne provvisorie**, da sostituire quando possibile, successivamente;
- **l'impianto protesico ha una durata limitata nel tempo:** il 97% degli operati mantiene il buon movimento della protesi dopo 15 anni, in rapporto all'usura alla quale viene sottoposta ed è possibile la sostituzione in tutto o in parte; la durata dell'impianto può essere condizionata da attività improprie.

* * * * *

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.
