



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:

PROTESI GINOCCHIO DX SX

Sono stato informato che la mia patologia di **GRAVE ARTROSI DEL GINOCCHIO** può essere risolta con l'intervento proposto, riducendo/abolendo il dolore e quindi restituendomi un ampio movimento all'articolazione malata.

Sono consapevole che le caratteristiche della mia malattia rendono poco efficaci trattamenti alternativi.

Mi è stato spiegato che, come in molti interventi chirurgici, seppur raramente, sono possibili complicanze di carattere vascolare, nervoso ed infettivo della ferita chirurgica. 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.

Inoltre possono avvenire lesioni dei nervi e dei vasi, ritardo di cicatrizzazione della ferita, persistente gonfiore del ginocchio. Non sempre il movimento del ginocchio raggiunge i 120° desiderabili e questo per condizioni variabili da soggetto a soggetto.

Sono stato informato che il tempo necessario per raggiungere il recupero funzionale è di circa 12 mesi (protocollo riabilitativo). Mi è stato comunicato che durante e/o subito dopo l'intervento possono essere necessarie trasfusioni di sangue, che verranno fatte con tecniche di autotrasfusione o di recupero intraoperatorio, ove possibile o altrimenti con sangue omologo.

Al fine di favorire il progresso delle conoscenze mediche, acconsento alla presenza di osservatori scientifici, alle riprese foto e cinematografiche dell'intervento, a patto che non venga rivelata la mia identità.

Dichiaro di aver ricevuto dal medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione di questa dichiarazione mediante colloquio precovero e che ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute e di aver letto il documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato.

Tutto ciò premesso

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento chirurgico propostomi

Foligno, li

Firma del Paziente

Firma del Medico