

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 DI GINOCCHIO DX SX

- di essere informato che la patologia dalla quale è affetto presenta infatti come indicazione preferibile la sostituzione dell'articolazione fisiologica del ginocchio con una protesi meccanica;
- di essere stato informato altresì che per l'intervento proposto 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 delle possibili alternative terapeutiche;
- di essere stato edotto circa il decorso post-operatorio e dunque i tempi di degenza medi;
- di essere stato altresì edotto circa la possibilità che nel corso dell'intervento chirurgico si renda necessario effettuare trasfusione di sangue e/o emoderivati.

Il sottoscritto, per quanto sopra dichiarato, esprime il proprio

CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE

circa il fatto che **le caratteristiche tecniche dell'intervento proposto consistono nella sostituzione dell'articolazione patologica con un'articolazione meccanica che può coinvolgere in tutto o in parte i tre compartimenti** (compartimento mediale, compartimento laterale, compartimento femoro-rotuleo):

- MONOCOMPARTIMENTALE (mediale , laterale e femore-rotuleo)
- BICOMPARTIMENTALE
- TRICOMPARTIMENTALE.

Il Medico, viste le caratteristiche della degenerazione articolare, informa il paziente che:

- **non è possibile e/o quantomeno indicato e risolutivo effettuare trattamenti chirurgici alternativi** come *debridement* artroscopico o trapianto osteocartilagineo (Maioregen);

- **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):

- lesioni nervose (0,3 - 2%);
 - lesioni vascolari (arterie e vene maggiori 0,2 – 0,3%);
 - lesioni tendinee (rottura del tendine rotuleo 0,17 – 1,45%), lesioni legamentose;
 - difettosa guarigione della ferita, ematoma post-operatorio con necessità di intervenire in un secondo tempo (anche dopo poche ore) chirurgicamente;
 - trombosi venosa dell'arto inferiore, nonostante la profilassi farmacologica (nel 6% 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 (0,5 - 2% nella letteratura internazionale);
 - infezione della ferita chirurgica inferiore allo 0,5%;
 - instabilità rotulea (in letteratura 0,5 - 2%), che si manifesta con sensazione di scatto e/o dolore nella parte anteriore del ginocchio, per cui è possibile richiedere un secondo intervento per riequilibrare i rapporti tra rotula e componente femorale;
 - instabilità femoro-tibiale, per cui si può richiedere un intervento di riduzione e/o un secondo intervento per correggere l'impianto protesico;
 - dolore persistente senza causa apparente (cd. protesi dolorosa);
 - zoppia persistente, rigidità articolare con movimento limitato;
- **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).

Il Medico suddetto ha inoltre spiegato chiaramente al sottoscritto paziente che:

- l'impianto di artroprotesi di ginocchio 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.

* * * * *

Il Paziente, 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 Paziente, 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.
