



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:

ARTROSCOPIA DI GINOCCHIO DX SX

Dichiaro di essere a conoscenza del mio stato di malattia

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

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 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:

- rottura dello strumentario chirurgico: non compromette l'esito dell'intervento ma può rendere necessario una incisione con apertura dell'articolazione;
- lesione di un vaso o di un nervo adiacenti all'articolazione;
- versamento ematico o infiammazione dell'articolazione
- infezione intrarticolare;
- intolleranza ai materiali di impianto;
- rigidità articolare dovuta alla formazione di aderenze;
- residua instabilità da secondario allentamento o rottura del neolegamento in caso di plastica del LCA;

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.

Sono stato informato/a dell'eventualità di un'incisione esterna per poter eseguire in modo migliore l'intervento.

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 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, lì

Firma del Paziente

Firma del Medico



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:

Foligno, lì

Firma del Paziente

Firma del Medico