



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 D'ANCA DX SX

Sono stato informato che la mia patologia di **GRAVE ARTROSI PRIMITIVA DELL'ANCA** può essere risolta con l'intervento proposto, riducendo/abolendo il dolore e quindi restituendomi un ampio movimento dell'articolazione. Sono consapevole che le caratteristiche della mia malattia rendono poco efficaci trattamenti alternativi.

Mi è stato spiegato che l'esito dell'intervento ha molte variabili, legate all'età, alle mie condizioni generali e alle possibilità rieducative. Come nella maggior parte degli interventi chirurgici sono possibili, seppur raramente, complicanze di tipo infettivo, vascolare e neurologico. 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. La gamba operata può avere una lieve differenza di lunghezza rispetto all'altra; di solito l'intervento corregge una dismetria che la malattia artrosica aveva determinato. Un eccesso di tessuto cicatriziale può determinare una limitazione della mobilità dell'anca. Lo scollamento della protesi può verificarsi prima degli abituali 10-15 anni di vita della protesi; in tale caso è necessario un intervento chirurgico di riparazione.

Mi è stato spiegato che per il mio intervento sono necessarie trasfusioni di sangue che avverranno in tutto o in parte con tecniche di autotrasfusione o di recupero post-operatorio, ove queste tecniche siano possibili, 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 prericovero 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, lì

Firma del Paziente

Firma del Medico