



## ARTROSCOPIA DI GINOCCHIO

M C 12/05 OR

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere a conoscenza del mio stato di malattia:

Per il quale mi è stato proposto l'intervento chirurgico di \_\_\_\_\_

Mi è stata chiaramente spiegata l'effettiva portata di tale intervento, con le difficoltà ad esso legate, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili, i prevedibili vantaggi ed i rischi connessi.

Mi è stato spiegato che la tecnica propostami consiste in una procedura operatoria mini invasiva dotata di accuratezza diagnostica e di potenzialità chirurgiche.

L'artroscopia permette la completa visualizzazione di tutte le formazioni anatomiche dell'articolazione e consente la possibilità di valutazione statica e dinamica, mentre gli altri accertamenti diagnostici, compresi la TAC o la RMN, non forniscono risultati di assoluta certezza sulla classe di patologie in oggetto.

E' pertanto possibile che al momento dell'artroscopia possano essere riscontrate condizioni anche difformi rispetto a quanto diagnosticato mediante gli accertamenti non invasivi precedentemente praticati.

In questi casi è verosimile che le procedure chirurgiche proposte nel presente documento possano subire variazioni rispetto a quanto preventivato.

In particolare potrebbero evidenziarsi altre patologie associate per le quali esiste l'indicazione ad un trattamento complementare immediato quali la presenza di lesioni cartilaginee e di pliche sinoviali patologiche.

Vengono al contrario esplicitamente esclusi estensioni del trattamento che non rivestono caratteri di urgenza e che diversamente da quanto concordato, comporterebbero una variazione significativa nei tempi e nelle modalità del decorso post-operatorio.

Mi è stato spiegato che in caso di lesioni meniscali risulta indicata una loro regolarizzazione nella misura più circoscritta possibile, per consentire al ginocchio di mantenere quanto più tessuto meniscale sano, necessario alla conservazione della migliore fisiologia articolare.

Mi è stato anche comunicato che altre tecniche di trattamento, quali ad esempio le suture meniscali (qualora indicate), sono soggette con maggiore frequenza a specifiche complicanze e vanno incontro a varie forme di insuccesso.



***Sono in accordo con i sanitari nella convinzione che l'intervento propostomi, condotto con una procedura chirurgica mini invasiva come quella artroscopica, risulti il più indicato in tutti i casi in cui sia applicabile.***

Ha il vantaggio di essere più efficace e meno traumatizzante rispetto alle procedure chirurgiche in artrotomia, con conseguente riduzione di tutti i tipi di complicanze locali connesse alla chirurgia a cielo aperto quali le infezioni e le rigidità articolari. Consente inoltre, successivamente al trattamento, un più agevole recupero funzionale ed una riduzione dei tempi necessari all'esecuzione di pratiche riabilitative.

Con tali tecniche operatorie, il dolore postoperatorio risulta contenuto, l'arto mantiene una buona funzione propriocettiva anche nelle prime fasi di ripresa della deambulazione (pur assistita con ausili) e pertanto risulta possibile la riduzione dei tempi di degenza.

Mi è stato comunicato che nonostante gli evidenti fattori positivi derivanti dall'impiego della tecnica operatoria propostami, il trattamento risulta essere non esente da rischi, pur essendo essi ridotti rispetto a quelli connessi ad altri procedimenti operatori più invasivi.

Non è possibile escludere complicanze intra-operatorie quali le rotture intra-articolari degli strumenti chirurgici utilizzati (dipendenti dalla particolare conformazione strutturale degli strumenti) e le sempre possibili anche se altamente improbabili lesioni vascolari o neurologiche periferiche.

L'insorgenza di tali complicanze può rendere necessario il ricorso ad una artrotomia tradizionale con esecuzione di procedure chirurgiche a cielo aperto.

Non azzerabili, anche se ulteriormente ridotte, risultano essere inoltre le complicanze post-operatorie flogistiche, reattive o infettive, ed allo stesso modo non è possibile escludere la possibilità di complicanze di tipo vascolare quali le flebotrombosi o le tromboembolie polmonari.

Sono stato messo a conoscenza che per ridurre ulteriormente i rischi di tali eventi saranno comunque attuate **le profilassi farmacologiche antibiotiche e antitrombotiche** che in letteratura e nell'esperienza quotidiana dell'Unità Operativa risultano essere le più efficaci.

Con tale tecnica chirurgica risulta inoltre essere assolutamente infrequente la necessità di dover ricorrere ad emotrasfusioni.

Mi è stato inoltre espresso che al termine del trattamento, il risultato complessivo si presenta correlato a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento, in relazione a fattori quali la risposta biologica dell'organismo e la riabilitazione eseguita.

Mi sono state pertanto chiarite in maniera esauriente le motivazioni che inducono a preferire tale tipo di trattamento chirurgico rispetto ad altre alternative terapeutiche.

Mi sono state elencate le procedure chirurgiche di altro tipo (ed i rischi connessi) che potrebbero rendersi necessarie od opportune nel corso dell'intervento prestabilito.

Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso postoperatorio menzionando le complicanze postoperatorie, la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato ed il protocollo riabilitativo, con i successivi accorgimenti da adottare dopo l'intervento.

**Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico** accettando il rischio delle complicanze che mi sono state prospettate unitamente al rischio chirurgico generico illustratomi durante la visita anestesiológica.

Manifesto piena fiducia nei chirurghi ortopedici e negli anestesisti che eseguiranno l'intervento.

Durante i colloqui con il personale medico sono stato adeguatamente informato sulle percentuali d'insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento; autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi e complementari previsti.



Ho ricevuto dal medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione ed ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da acconsentire meditatamente.

Dichiaro di essere pienamente cosciente, di avere letto attentamente il documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

SITO INTERVENTO	LATO INTERVENTO

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

