



ARTROSCOPIA DI SPALLA

M C 12/06 OR
Rev. 1

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

del Sig./ra _____

Nato/a 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.....

.....

A seguito della visita effettuata, lo specialista ortopedico mi ha proposto l'intervento chirurgico motivando la scelta rispetto ad altri trattamenti, in parte già eseguiti, senza risultati soddisfacenti (riposo funzionale, terapia con farmaci per via generale o locale, fisiokinesiterapia).

Questo intervento prevede piccole incisioni di circa 1 cm attraverso le quali si inseriranno gli strumenti con i quali si procederà alla visione e quindi alla eventuale conferma della diagnosi sospettata dall' esame obiettivo e dagli esami strumentali. Si procederà alla correzione delle lesioni riscontrate: asportazione della borsa sottoacromiale in preda a fenomeni infiammatori, regolarizzazione dell' osso acromiale, se lo spazio tra questo e l'omero dovesse essere ristretto e responsabile dell' usura dei tendini (sindrome da conflitto), asportazione di porzioni tendinee degenerate, sezione del tendine del capo lungo del bicipite, qualora non fosse possibile una sua riparazione per fenomeni degenerativi gravi, riparazione di lesioni dei tendini, dei legamenti glenomerari, del cercine glenoideo mediante sutura diretta o impianto di piccole viti in materiale riassorbibile o metallico (titanio), in questo ultimo caso non dovranno essere rimosse.

Può rendersi necessario la decompressione di nervi (nervo sovrascapolare), la trasposizione di tendini in caso di irreparabilità della cuffia dei rotatori (transfer del gran dorsale), la trasposizione della coracoide in caso di instabilità di spalla con perdita ossea (Latarjet artroscopia).



Il grado di ripresa funzionale (inteso come attenuazione della sintomatologia dolorosa e del recupero del movimento) dopo l'intervento cui verrò sottoposto, è legato a numerose variabili: tipo di patologia (sede, estensione, qualità dei tessuti da riparare) concomitanza di patologie, età, diligente attenzione alle terapie farmacologiche, riabilitative e norme comportamentali prescritte.

Sono a conoscenza dei rischi che tali interventi comportano: ematomi, ritenzione di materiale da rottura di strumentario, infezioni, lesioni dei vasi (flebiti, flebotrombosi) e dei nervi con turbe della sensibilità e movimento, complicanze cardiorespiratorie ischemiche ed emboliche. Complicanze che possono avvenire a distanza di tempo: cedimento delle suture o dei mezzi di ancoraggio, mobilitazione delle ancorine, rigidità articolare, recidiva instabilità, dolore: in tutti questi casi potrebbe essere necessario un ulteriore intervento chirurgico.

Per ridurre il rischio di cui sopra verranno effettuati prima dell' intervento gli accertamenti ematologici e strumentali che di volta in volta i medici (ortopedico, anestesista, ecc.) giudicheranno necessari, anche in base ai più comuni protocolli.

Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso post-operatorio menzionando la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato ed il protocollo riabilitativo. Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (profilassi antibiotica e antitromboembolica) e della possibilità, peraltro assai remota in questo tipo di intervento, di essere sottoposto ad emotrasfusioni.

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 anestesilogica.

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 di insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento; autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi previsti.

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

Autorizzo **al trattamento dei dati personali**, documentazione radiografica e intraoperatoria a soli fini scientifici.

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 _____

