



ARTROPROTESI DI GINOCCHIO

M C 12/07 OR

Indicazioni

- Artrosi primaria del ginocchio, mono o bicompartimentale;
- Necrosi dei condili da terapia cortisonica;
- Artrite reumatoide;
- Esiti di fratture con viziosa consolidazione;
- Insuccessi di osteotomie; tumori ossei della porzione distale del femore o del piatto tibiale.

Modello di consenso informato

Il Dr. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a esso connessi e le eventuali alternative possibili, nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.

Dichiaro di essere informato della natura dell'intervento di posizionamento di ARTROPROTESI TOTALE/MONOCOMPARTIMENTALE DEL GINOCCHIO, che consiste nel sostituire l'articolazione del ginocchio mediante posizionamento di protesi di materiale bio-compatibile.

Sono consapevole del fatto che, nel corso dell'intervento chirurgico, possano rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.

Dichiaro di essere informato del fatto che la protesi di ginocchio può essere accompagnata da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare verrà praticata profilassi per la trombosi venosa profonda (TVP) mediante eparina a basso peso molecolare e profilassi per l'infezione mediante infusione di antibiotico prima dell'intervento e successivamente.

L'intervento necessiterà di un'incisione della lunghezza di circa 18-20 centimetri mediana a livello del ginocchio; al termine dell'intervento verranno posizionati drenaggi per aspirare il sangue perso che potrà eventualmente essere reinfuso. Nei primi giorni dopo l'intervento si procederà a mobilitazione del malato dapprima a bordo letto quindi in poltrona e successivamente rieducandolo al passo.

Gli effetti indesiderati che si possono verificare e di cui il malato deve essere a conoscenza sono:

- Febbre, dolore locale e versamento articolare;
- Infezioni superficiali o profonde;
- Emartri e versamento articolare;
- Anemizzazione post-operatoria che può richiedere la necessità di trasfusioni;



- Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare;
- Danni nervosi o vascolari per lesioni iatrogene di nervi o vasi, lesioni tendinee;
- Mobilizzazione e rottura delle componenti protesiche;
- Dismetrie degli arti;
- Instabilità articolare;
- Rottura del tendine rotuleo;
- Cicatrice cheloidea;
- Cattiva guarigione della ferita con necrosi dei bordi;
- Zoppia;
- Dolore anche prolungato al ginocchio;
- Necessità di re-interventi (in seguito a fenomeni di usura della protesi e/o altra patologia dell'osso circostante nel 5-10% nei primi 10 anni dall'impianto)

Sono stato informato che la malattia si trova in fase di avanzata gravità clinica e radiografica e che non esistono trattamenti medici o chirurgici (osteotomia, artrodesi) altrettanto efficace in alternativa alla soluzione chirurgica propostami.

Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Mi impegno pertanto fin da ora a seguire scrupolosamente tutte le istruzioni fornitemi, in quanto ne comprendo l'importanza per il raggiungimento dei risultati.

Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Io sottoscritto nato il a
 letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto a intervento di posizionamento di **ARTROPROTESI TOTALE/MONOCOMPARTIMENTALE DEL GINOCCHIO LATO**

SITO INTERVENTO	LATO INTERVENTO

data firma del paziente

sottoscrive il sanitario che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni

.....

