



AGGIORNAMENTO CONSENSI INFORMATI 2016

a cura di:

Carmela Chinni, Valerio Anania, Susanna Campi

Con la collaborazione del Consiglio Direttivo

INDICE

Consenso Informato Spalla

Consenso Informato Protesi Arto Inferiore

Consenso Informato Fratture Mano

Consenso Informato Fratture Omero Proximale

Consenso Informato Fratture Avambraccio

Consenso Informato Artroscopia Ginocchio

Consenso Informato Protesi Anca



Consenso Informato artroscopia spalla

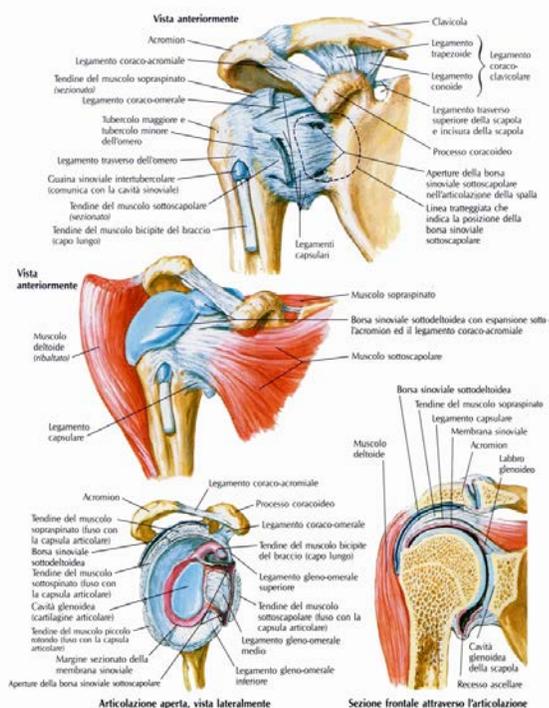
Luogo e data.....

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
CF.....residente a.....
via.....telefono.....

DICHIARO

di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta
diagnosi.....

una informazione comprensibile ed esauriente



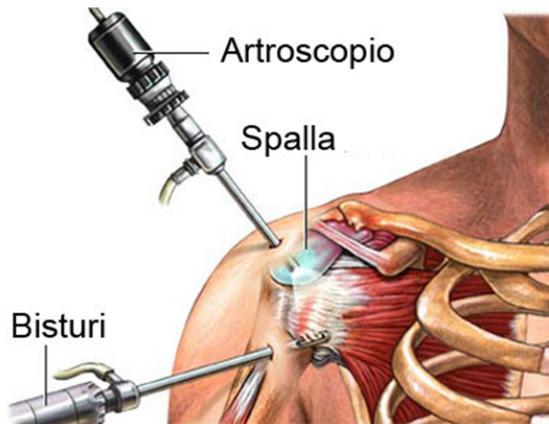
L'articolazione della spalla è costituita da una parte ossea, una muscolo tendinea e una terza capsulolegamentosa.

La prima è formata dalla testa omerale, la glena scapolare e l'acromion. La seconda dai muscoli della cuffia dei rotatori (sottoscapolare, sopra e sottospinoso e piccolo rotondo) oltre al deltoide e i muscoli della parte inferiore della spalla (dorsale e pettorale). La terza dal cercine o labbro glenoideo, tessuto fibrocartilagineo che circonda la glena scapolare, dai legamenti che da esso originano (gleno-omeroale superiore, medio ed inferiore) e dal capo lungo del bicipite.

In relazione alla tipologia della alla situazione clinica del paziente il trattamento proposto è:

.....

.....



L'artroscopia è una tecnica diagnostica e chirurgica mini-invasiva che permette, attraverso due o più piccole incisioni cutanee (circa 1 cm), l'inserimento di una telecamera, l'artroscopio e di appositi strumenti all'interno della cavità articolare (distesa da una soluzione acquosa sterile). Questo consente di guardare all'interno dell'articolazione e riparare le eventuali lesioni riscontrate.

PRINCIPALI INDICAZIONI E PROCEDURE:

- **Conflitto subacromiale (acromioplastica)**
- **Tenosinovite CLB (tenotomia vs tenodesi)**
- **Rottura tendini cuffia (sutura con ancore o fili)**
- **Tendinopatia calcifica (decompressione deposito)**
- **Condrocalsinosi – corpi mobili intrarticolari (asportazione)**
- **Capsulite (artrolisi)**
- **Artrosi acromion clavare (resezione terzo lat clavicola)**
- **Artrosi gleno omerale (debridement)**
- **Instabilità con lesione isolata di cercine e legamenti (capsuloplastica)**
- **Instabilità con danno osseo (stabilizzazione secondo Latarjet vs innesti ossei)**

Materiali di impianto:.....

Eventuali alternative terapeutiche

.....
.....
.....

Benefici attesi dal trattamento proposto

Recupero funzionale del segmento/i interessato/i, possibilità di mobilizzazione precoce,

Rischi e Complicanze

- Infezioni superficiali e profonde
- Ematoma e versamento articolare
- Ematomi o ecchimosi cutanee
- Edema persistente
- TVP
- Sindromi compressive compartimentali
- Embolia polmonare
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Fratture/lesioni cartilaginee
- Deiscenza ferita chirurgica
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Mobilizzazione/rottura dei mezzi di fissazione con necessità di reintervento
- Difetti di posizionamento dei mezzi di fissazione
- Instabilità articolare
- Rigidità articolare
- Intolleranza ai mezzi di fissazione
- Spalla dolorosa
- Sinovite e/o idrarto
- Necessità di tecnica chirurgica associata a cielo aperto
- Reazioni avverse a farmaci
-

Gestione del postoperatorio

- Medicazione della ferita durante la prima settimana post- operatoria + crioterapia (15 min ad applicazione, 3 volte al giorno per i primi 3 gg) **o secondo le indicazioni del chirurgo**
- Rimozione punti (se presenti) dopo 15gg **o secondo le indicazioni del chirurgo**
- Controllo ortopedico dopo circa 30 giorni (previa esecuzione delle radiografie di controllo solo **se richiesto dal chirurgo**)
- Mobilizzazione ed fisiochinesiterapia da iniziare **secondo indicazioni e tipo di intervento subito**
- **Controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del chirurgo**

Eventuali domande da parte del paziente

.....
.....
.....

Eventuali risposte da parte del medico

.....
.....
.....

CONSENSO INFORMATO

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita, con immagini e scritti, un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere il tutto comprensibile ed esauriente.

Preso atto di quanto sopra richiamato **CONFERMO CHE** il Dott. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo col quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad esso connessi, nonché di aver preso in visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discutere immagini e testo.

DICHIARO di essere informato/a del fatto che l'osteosintesi può essere accompagnata da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare Le verrà praticato la profilassi antibiotica mediante infusione prima dell'intervento e successivamente per evitare il rischio di infezioni. Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

IO SOTTOSCRITTO

ACCONSENTO AD ESSERE SOTTOPOSTO ALL' INTERVENTO.

FIRMA DEL PAZIENTE **DATA,**

FIRMA DEI GENITORI IN CASO DI PAZIENTI MINORI
..... **DATA,**

FIRMA DEL TUTORE LEGALE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO
..... **DATA,**

FIRMA DEL MEDIATORE CULTURALE IN CASO DI PAZIENTE STRANIERO
..... **DATA,**

SOTTOSCRIVE IL SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO E FORNITO LE INFORMAZIONI



Consenso Informato Protesi Arto Inferiore

Luogo e data.....

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
CF.....residente a.....
via.....telefono.....

DICHIARO

di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta
diagnosi.....

una informazione comprensibile ed esauriente



La gonartrosi è una malattia cronico-degenerativa, che porta ad un danno articolare crescente fino a comportare un grado significativo di disabilità. Si tratta di una sorta di “usura” dei capi articolari, nella quale lo strato di cartilagine che riveste i *condili femorali e piatti tibiali* si assottiglia progressivamente fino ad esporre l’osso sottostante. Questo reagisce addensandosi e producendo escrescenze periferiche appuntite, gli osteofiti. Anche la rotula può essere coinvolta insieme con la sua superficie di scorrimento sul femore distale (la troclea). Il liquido reattivo può aumentare all’interno del ginocchio artrosico e determinare idrarto. Si può produrre anche una raccolta fluida palpabile nell’incavo del ginocchio (poplite), la cosiddetta “cisti poplitea di Baker”. Nelle fasi più avanzate della malattia la capsula articolare si ispessisce e i muscoli si retraggono fino a determinare un ginocchio rigido, in genere semiflesso e *varo*

In relazione alla tipologia della alla situazione clinica del paziente il trattamento proposto è:

.....
.....

Materiali impianto:.....



sostituzione parziale sostituzione completa

La protesizzazione del ginocchio consiste nel ricostruire chirurgicamente l'articolazione formata dai condili femorali, dal piatto tibiale ed eventualmente dalla rotula mediante posizionamento di componenti artificiali metalliche e di polietilene. Esistono diversi tipi di protesi: le mono-compartmentali e le protesi totali; le prime vengono usate per artrosi di un solo compartimento e hanno minore invasività, le seconde per i casi di degenerazione di tutti i compartimenti. La protesizzazione può avvenire in anestesia generale e/o anestesia loco-regionali o spinali; la via di accesso standard è quella anteriore, con paziente posizionato sul letto operatorio in decubito supino. Si pratica un'incisione centrata sulla rotula che avrà lunghezza variabile. Raggiunta l'articolazione del ginocchio, lussando la rotula, si asporteranno le superfici articolari del femore e della tibia mediante apposite maschere e si posizioneranno le componenti definitive, che generalmente verranno cementate soprattutto nella componente tibiale che ha minore integrazione biologica. A questo punto si procederà sutura per strati fino alla cute. Può essere posizionato uno o due drenaggi per la raccolta del sangue che eventualmente potrà essere reinfuso.

Eventuali alternative terapeutiche

.....
.....
.....

Benefici attesi dal trattamento proposto

Recupero funzionale del segmento/i interessato/i, possibilità di mobilizzazione precoce,

Rischi e Complicanze

- Infezioni superficiali e profonde
- Anemizzazione post-operatoria che può richiedere la necessità di trasfusioni
- Ematoma e versamento articolare
- Ematomi
- Edema persistente
- TVP
- Embolia polmonare
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Deiscenza ferita chirurgica
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Mobilizzazione/ rottura dell'impianto protesico con necessità di reintervento
- Instabilità articolare
- Rigidità articolare
- Rottura del tendine rotuleo
- Dismetrie
- Zoppia
- Intolleranza mezzi protesici
- Dolore anche prolungato al ginocchio
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- Medicazione della ferita ogni 4-5gg **o secondo indicazioni del chirurgo.**
- Desutura dopo 15-18gg **o secondo indicazioni del chirurgo.**
- Controllo ortopedico dopo circa 30 giorni, **o a seconda delle indicazioni del chirurgo**, previa esecuzione della radiografie di controllo.
- Mobilizzazione ed fkt della articolazione e/o dell'arto interessato precoce con carico progressivo **secondo indicazioni del chirurgo.**
- **Controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici secondo le indicazioni del chirurgo**

Eventuali domande da parte del paziente

.....
.....
.....

Eventuali risposte da parte del medico

.....
.....
.....

CONSENSO INFORMATO

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita, con immagini e scritti, un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere il tutto comprensibile ed esauriente.

Preso atto di quanto sopra richiamato **CONFERMO CHE** il Dott. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo col quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad esso connessi, nonché di aver preso in visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discutere immagini e testo.

DICHIARO di essere informato/a del fatto che l'impianto protesico può essere accompagnato da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare Le verrà praticato la profilassi antibiotica mediante infusione prima dell'intervento e successivamente per evitare il rischio di infezioni. Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

IO SOTTOSCRITTO

ACCONSENTO AD ESSERE SOTTOPOSTO ALL' INTERVENTO.

FIRMA DEL PAZIENTE **DATA,**

FIRMA DEI GENITORI IN CASO DI PAZIENTI MINORI
..... **DATA,**

FIRMA DEL TUTORE LEGALE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO
..... **DATA,**

FIRMA DEL MEDIATORE CULTURALE IN CASO DI PAZIENTE STRANIERO
..... **DATA,**

SOTTOSCRIVE IL SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO E FORNITO LE INFORMAZIONI.....



Consenso Informato fratture mano

Luogo e data.....

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
CF.....residente a.....
via.....telefono.....

DICHIARO

di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta
diagnosi.....
.....
una informazione comprensibile ed esauriente

In relazione alla tipologia
della alla situazione clinica
del paziente il trattamento
proposto è:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le fratture dei metacarpi e delle falangi sono spesso fratture instabili, che generalmente non sono adatte al trattamento conservativo in gesso. Per quanto riguarda le falangi, soltanto le fratture composte e quelle delle falangi distali delle dita vengono trattate conservativamente. Le fratture metacarpali sono trattate conservativamente solo se si tratta di fratture della base metacarpale, senza macroscopica scomposizione. Le fratture del colletto del quinto metacarpo possono essere o chirurgicamente o con una riduzione chiusa ed un gesso (la scomposizione sotto gesso è un evento piuttosto frequente).

Una consolidazione viziosa può essere piuttosto invalidante, ad esempio un vizio di rotazione può determinare un'impossibilità alla chiusura del pugno per sovrapposizione delle dita, così come un difetto angolare può determinare problematiche funzionali significative.

Il problema più frequente correlato al trattamento chirurgico è invece la rigidità articolare. Spesso il trattamento chirurgico determina aderenze che interferiscono con lo scorrimento tendineo per cui potrebbe essere necessario un secondo intervento di tenolisi.

Le fratture diafisarie delle falangi prossimali e intermedie e le fratture diafisarie dei metacarpi sono trattate a cielo aperto con viti in compressione o placche o fili di metallici o fissatore esterno, a seconda della rima di frattura e della comminuzione della stessa. Le fratture delle teste metacarpali sono trattate a cielo chiuso e con fili metallici infissi sotto controllo dell'amplificatore di brillanza. Le fratture articolari della metacarpofalangea e della interfalangea prossimale devono essere ridotte nel modo più anatomico possibile per evitare incongruenze della superficie articolare, causa di artrosi e limitazione funzionale. La sintesi avviene di solito con viti in compressione per i miniframmenti, o con fili metallici.

Materiali impianto:.....



Eventuali alternative terapeutiche

.....
.....
.....

Benefici attesi dal trattamento proposto

Recupero funzionale del segmento/i interessato/i, possibilità di mobilizzazione precoce,

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Ematomi locali
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Deiscenza ferita chirurgica
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di reintervento
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi
- Mobilizzazione mezzi di sintesi
- Intolleranza ai mezzi di sintesi e/o rottura degli stessi
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- In caso di immobilizzazione controllo settimanale o **secondo indicazioni del chirurgo.**
- Medicazione della ferita ogni 4-5gg o **secondo indicazioni del chirurgo.**
- Desutura dopo 15-18gg o **secondo indicazioni del chirurgo.**
- Medicazione settimanale, o **secondo indicazioni del chirurgo**, delle Fiches o fili metallici se presenti
- Rimozione della immobilizzazione dopo circa 30 giorni, o **secondo indicazioni del chirurgo** , previa esecuzione della radiografie di controllo.
- Mobilizzazione ed fkt della mano dopo la rimozione della immobilizzazione o **secondo le indicazioni del chirurgo.**
- **Controlli periodici clinici e radiografici secondo le indicazioni le chirurgo**

Eventuali domande da parte del paziente

.....
.....
.....

Eventuali risposte da parte del medico

.....
.....
.....

CONSENSO INFORMATO

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita, con immagini e scritti, un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere il tutto comprensibile ed esauriente.

Preso atto di quanto sopra richiamato **CONFERMO CHE** il Dott. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo col quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad esso connessi, nonché di aver preso in visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discutere immagini e testo.

DICHIARO di essere informato/a del fatto che l'impianto protesico può essere accompagnato da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare Le verrà praticato la profilassi antibiotica mediante infusione prima dell'intervento e successivamente per evitare il rischio di infezioni. Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

IO SOTTOSCRITTO

ACCONSENTO AD ESSERE SOTTOPOSTO ALL' INTERVENTO.

FIRMA DEL PAZIENTE **DATA,**

FIRMA DEI GENITORI IN CASO DI PAZIENTI MINORI
..... **DATA,**

FIRMA DEL TUTORE LEGALE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO
..... **DATA,**

FIRMA DEL MEDIATORE CULTURALE IN CASO DI PAZIENTE STRANIERO
..... **DATA,**

SOTTOSCRIVE IL SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO E FORNITO LE INFORMAZIONI.....



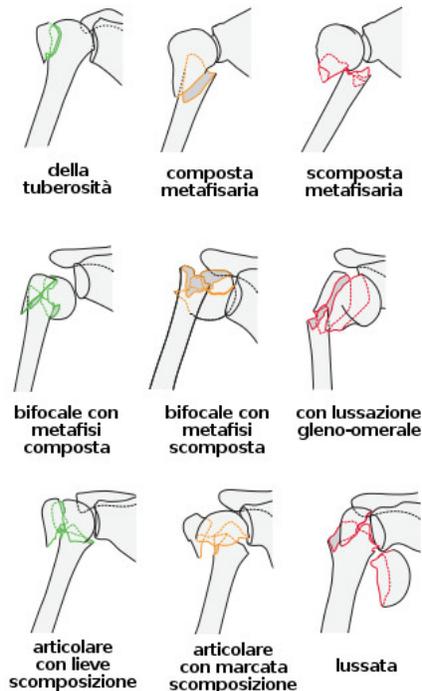
Consenso Informato Fratture Omero Prossimale

Luogo e data.....

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
CF.....residente a.....
via.....telefono.....

DICHIARO

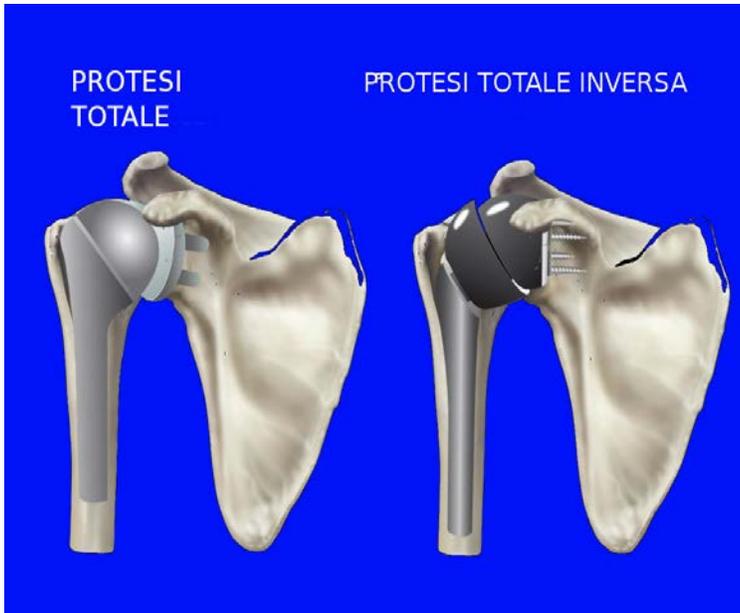
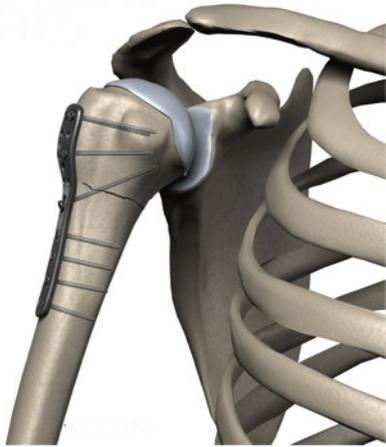
di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta
diagnosi.....
una informazione comprensibile ed esauriente



In relazione alla tipologia della frattura ed alla situazione clinica del paziente il trattamento proposto è:

.....
.....
.....

Materiali impianto:.....



Eventuali alternative terapeutiche

.....
.....
.....
.....

Benefici attesi dal trattamento proposto

Riduzione della/e frattura/e e recupero funzionale del segmento/i interessato/i, possibilità di mobilizzazione precoce,

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Ematomi
- Edema persistente
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Deiscenza ferita chirurgica
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di reintervento
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione – Pseudoartrosi
- Intolleranza mezzi di sintesi
- Mobilizzazione mezzi di sintesi
- Rottura mezzi di sintesi
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- In caso di immobilizzazione controllo settimanale **secondo indicazioni del chirurgo.**
- Medicazione della ferita ogni 4-5gg o **secondo indicazioni del chirurgo**
- Desutura dopo 15-18gg o **secondo indicazioni del chirurgo.**
- Medicazione settimanale, o **secondo indicazioni del chirurgo**, delle Fiches o fili metallici se presenti.
- Rimozione della immobilizzazione dopo circa 30 giorni, o **a seconda delle indicazioni del chirurgo**, previa esecuzione della radiografie di controllo.
- Mobilizzazione ed fkt della spalla e/o dell'arto superiore dopo la rimozione della immobilizzazione o **secondo indicazioni del chirurgo.**
- **Controlli periodici clinici e radiografici secondo le indicazioni del chirurgo.**

Eventuali domande da parte del paziente

.....
.....
.....

Eventuali risposte da parte del medico

.....
.....
.....

CONSENSO INFORMATO

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita, con immagini e scritti, un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere il tutto comprensibile ed esauriente.

Preso atto di quanto sopra richiamato **CONFERMO CHE** il Dott. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo col quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad esso connessi, nonché di aver preso in visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discutere immagini e testo.

DICHIARO di essere informato/a del fatto che l'osteosintesi può essere accompagnata da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare Le verrà praticato la profilassi antibiotica mediante infusione prima dell'intervento e successivamente per evitare il rischio di infezioni. Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

IO SOTTOSCRITTO

ACCONSENTO AD ESSERE SOTTOPOSTO ALL' INTERVENTO.

FIRMA DEL PAZIENTE DATA,

FIRMA DEI GENITORI IN CASO DI PAZIENTI MINORI
..... DATA,

FIRMA DEL TUTORE LEGALE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO
..... DATA,

FIRMA DEL MEDIATORE CULTURALE IN CASO DI PAZIENTE STRANIERO
..... DATA,

SOTTOSCRIVE IL SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO E FORNITO LE INFORMAZIONI



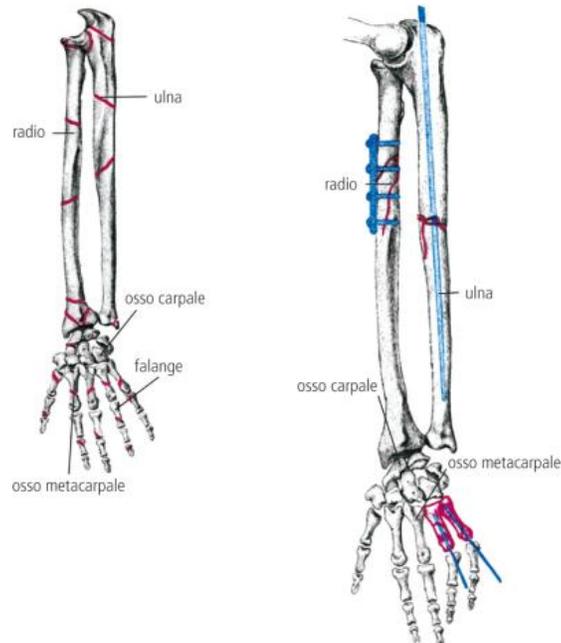
Consenso Informato Fratture Avambraccio

Luogo e data.....

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
CF.....residente a.....
via.....telefono.....

DICHIARO

di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta
diagnosi.....
.....
una informazione comprensibile ed esauriente



In relazione alla tipologia della alla situazione clinica del paziente il trattamento proposto è:

.....
.....

Materiali impianto:.....

Le fratture di avambraccio possono essere raramente trattate conservativamente con un gesso, e questo solo se la frattura è composta o incompleta.

Quando entrambe le ossa dell'avambraccio sono fratturate, o se si tratta di frattura esposta è necessaria il trattamento chirurgico. In quest'ultimo caso l'esposizione sarà pulita accuratamente e lavata con abbondante soluzione fisiologica e disinfettante dopodiché le fratture saranno fissate durante lo stesso intervento chirurgico.

Se la pelle intorno alla frattura non è lacerata, l'intervento può essere procrastinato fino a che il gonfiore dell'avambraccio si è risolto :questo riduce i rischi di infezione e *sindrome compartimentale*. Durante questo periodo si consiglia di mantenere l'arto superiore immobilizzato in una doccia gessata ed in posizione antideclive per così da favorire la riduzione del gonfiore.

La riduzione aperta e la fissazione interna con placche e viti.

Durante questo tipo di procedura, si praticano due incisioni all'avambraccio attraverso le quali i frammenti ossei vengono riposizionati (ridotti) nel loro normale allineamento. Essi sono tenuti insieme poi utilizzando placche e viti speciali fissate alla superficie esterna dell'osso.

La riduzione aperta e fissazione interna con chiodi endomidollari.

Durante questa procedura, i mezzi di sintesi sono inseriti in maniera percutanea con l'ausilio di una o più piccole incisioni - se necessario per la riduzione anche una incisione in corrispondenza della frattura.

Fissazione esterna.

In caso di fratture esposte, o fratture molto complesse con perdita ossea, nelle infezioni già conclamate, utilizzare placche e viti e incisioni di grandi dimensioni può danneggiare ulteriormente la pelle e aumentare il rischio di infezione. In questo caso, può essere indicato il trattamento con un fissatore esterno.

In questo tipo di intervento, fiches o fili metallici vengono inseriti nell'osso prossimalmente e distalmente al punto di frattura e sono fissati ad una barra fuori dalla pelle.

Eventuali alternative terapeutiche

.....
.....
.....

Benefici attesi dal trattamento proposto

Recupero funzionale del segmento/i interessato/i, possibilità di mobilizzazione precoce,

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Ematomi locali
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Sindrome compartimentale
- Danni vascolari
- Deiscenza ferita chirurgica
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di reintervento
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi
- Sinostosi
- Mobilizzazione mezzi di sintesi
- Intolleranza ai mezzi di sintesi e/o rottura degli stessi
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- In caso di immobilizzazione semplice sarà necessario un controllo settimanale o **secondo indicazioni del chirurgo** .
- In caso di intervento chirurgico sarà necessaria una medicazione della ferita ogni 4-5gg o **secondo indicazioni del chirurgo** . Desutura dopo 15-18gg o **secondo indicazioni del chirurgo** .
- Medicazione settimanale, o **secondo indicazioni del chirurgo** , delle Fiches o fili metallici se presenti
- Rimozione della immobilizzazione dopo circa 30-40 giorni, o **secondo indicazioni del chirurgo** , previa esecuzione della radiografie di controllo.
- Mobilizzazione ed fkt dell'arto superiore dopo la rimozione della immobilizzazione o **secondo indicazioni del chirurgo** .
- **Controlli periodici clinici e radiografici secondo le indicazioni le chirurgo**

Eventuali domande da parte del paziente

.....
.....
.....

Eventuali risposte da parte del medico

.....
.....
.....

CONSENSO INFORMATO

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita, con immagini e scritti, un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere il tutto comprensibile ed esauriente.

Preso atto di quanto sopra richiamato **CONFERMO CHE** il Dott. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo col quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad esso connessi, nonché di aver preso in visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discutere immagini e testo.

DICHIARO di essere informato/a del fatto che l'impianto protesico può essere accompagnato da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare Le verrà praticato la profilassi antibiotica mediante infusione prima dell'intervento e successivamente per evitare il rischio di infezioni. Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

IO SOTTOSCRITTO

ACCONSENTO AD ESSERE SOTTOPOSTO ALL' INTERVENTO.

FIRMA DEL PAZIENTE **DATA,**

FIRMA DEI GENITORI IN CASO DI PAZIENTI MINORI
..... **DATA,**

FIRMA DEL TUTORE LEGALE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO
..... **DATA,**

FIRMA DEL MEDIATORE CULTURALE IN CASO DI PAZIENTE STRANIERO
..... **DATA,**

SOTTOSCRIVE IL SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO E FORNITO LE INFORMAZIONI.....



Consenso Informato artroscopia ginocchio

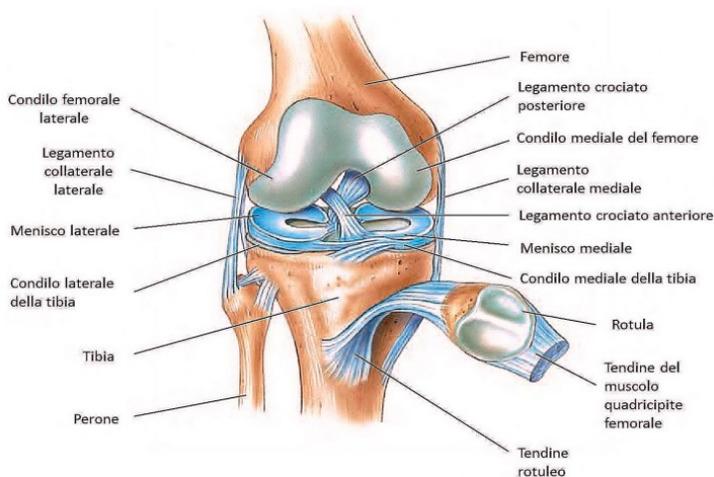
Luogo e data.....

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
CF.....residente a.....
via.....telefono.....

DICHIARO

di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta
diagnosi.....

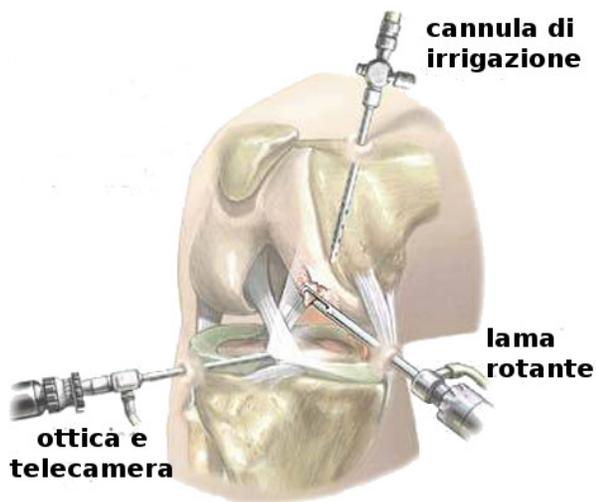
una informazione comprensibile ed esauriente



L'articolazione del ginocchio è costituita dalla parte distale del femore, la parte prossimale della tibia e dalla rotula. Tra il femore e la tibia sono presenti due strutture semicircolari fibrocartilaginee con la funzione di ammortizzatori del carico: il menisco interno e l'esterno. I legamenti crociati (anteriore e posteriore) ed i legamenti collaterali (mediale e laterale) assicurano la stabilità del ginocchio. La capsula articolare avvolge e protegge l'articolazione.

In relazione alla tipologia della alla situazione clinica del paziente il trattamento proposto è:

.....
.....



L'artroscopia è una tecnica diagnostica e chirurgica mini-invasiva che permette, attraverso due o più piccole incisioni cutanee (circa 1 cm), l'inserimento di una telecamera, l'artroscopio e di appositi strumenti all'interno della cavità articolare (distesa da una soluzione acquosa sterile). Questo consente di guardare all'interno dell'articolazione e riparare le eventuali lesioni riscontrate.

PRINCIPALI INDICAZIONI E PROCEDURE:

- Lesioni meniscali (meniscectomia parziale o totale vs suture meniscali)
- Corpi mobili intrarticolari (asportazione)
- Lesioni legamentose: più frequente la ricostruzione del legamento crociato anteriore. In tal caso la fase artroscopica è solitamente preceduta da una fase a cielo aperto di prelievo dell'innesto (tendine rotuleo, semitendinoso e gracile, tendine quadricipitale o tendine di banca); possibile anche la ricostruzione del crociato posteriore o dei legamenti collaterali.
- Lesioni cartilaginee (debridement, condroabrasione, perforazioni, microfratture, trapianti condrali e osteocondrali)
- Malallineamento rotuleo (release alare esterno con ev ritensionamento interno, traslazioni rotulee)
- Sinoviti (sinoviectomia)

Materiali di impianto:.....

Eventuali alternative terapeutiche

.....
.....
.....

Benefici attesi dal trattamento proposto

Recupero funzionale del segmento/i interessato/i, possibilità di mobilizzazione precoce,

Rischi e Complicanze

- Infezioni superficiali e profonde
- Ematoma e versamento articolare
- Ematomi o ecchimosi cutanee
- Edema persistente
- TVP
- Sindromi compressive compartimentali
- Embolia polmonare
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Fratture/lesioni cartilaginee
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Mobilizzazione/rottura dei mezzi di fissazione con necessità di reintervento
- Difetti di posizionamento dei mezzi di fissazione
- Instabilità articolare
- Rigidità articolare
- Intolleranza ai mezzi di fissazione
- Ginocchio doloroso
- Sinovite e/o idrarto
- Necessità di tecnica chirurgica associata a cielo aperto
- In caso di RICOSTRUZIONE LEGAMENTOSA: rottura e migrazione dei mezzi di fissazione, rottura del neo legamento, necessità di prelievo tendineo supplementare
- Reazioni avverse a farmaci
-

Gestione del postoperatorio

- Medicazione della ferita durante la prima settimana post- operatoria + crioterapia (15 min ad applicazione, 3 volte al giorno per i primi 3 gg) **o secondo le indicazioni del chirurgo**
- Rimozione punti (se presenti) dopo 15gg **o secondo le indicazioni del chirurgo**
- Controllo ortopedico dopo circa 30 giorni (previa esecuzione delle radiografie di controllo solo se richiesto dal chirurgo) **o secondo le indicazioni del chirurgo**
- Mobilizzazione e fisiochinesiterapia da iniziare **secondo indicazioni e tipo di intervento subito**
- **Controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici secondo le indicazioni del chirurgo**

Eventuali domande da parte del paziente

.....
.....
.....

Eventuali risposte da parte del medico

.....
.....
.....

CONSENSO INFORMATO

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita, con immagini e scritti, un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere il tutto comprensibile ed esauriente.

Preso atto di quanto sopra richiamato **CONFERMO CHE** il Dott. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo col quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad esso connessi, nonché di aver preso in visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discutere immagini e testo.

DICHIARO di essere informato/a del fatto che l'osteosintesi può essere accompagnata da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare Le verrà praticato la profilassi antibiotica mediante infusione prima dell'intervento e successivamente per evitare il rischio di infezioni. Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

IO SOTTOSCRITTO

ACCONSENTO AD ESSERE SOTTOPOSTO ALL' INTERVENTO.

FIRMA DEL PAZIENTE **DATA,**

FIRMA DEI GENITORI IN CASO DI PAZIENTI MINORI
..... **DATA,**

FIRMA DEL TUTORE LEGALE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO
..... **DATA,**

FIRMA DEL MEDIATORE CULTURALE IN CASO DI PAZIENTE STRANIERO
..... **DATA,**

SOTTOSCRIVE IL SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO E FORNITO LE INFORMAZIONI



Consenso Informato Protesi Anca

Luogo e data.....

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
CF.....residente a.....
via.....telefono.....

DICHIARO

di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta
diagnosi.....
una informazione comprensibile ed esauriente

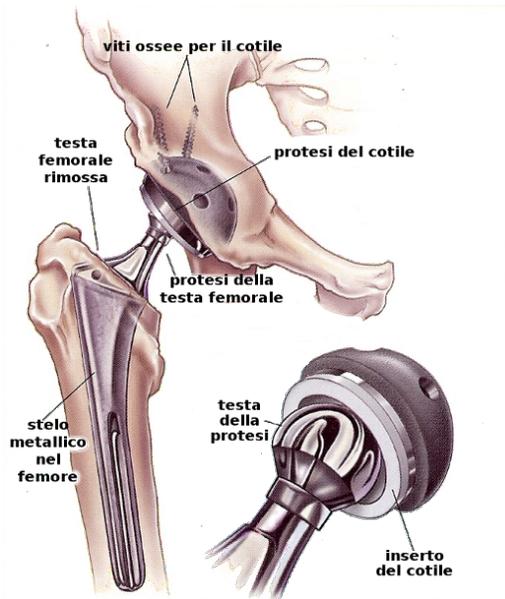


La coxartrosi è una patologia cronico degenerativa dell'anca: si caratterizza per un progressivo assottigliamento della cartilagine articolare del femore e dell'acetabolo fino alla completa esposizione dell'osso subcondrale, con la conseguente formazione di becchi ossei (chiamati osteofiti) e riduzione dello spazio articolare.

Tale patologia determina una progressiva compromissione della capacità di movimento dell'articolazione e successivo dolore.

In relazione alla tipologia della alla situazione clinica del paziente il trattamento proposto è:

.....
.....



La protesizzazione dell'anca consiste nella sostituzione delle componenti ossee danneggiate con componenti artificiali. La via d'accesso e la conseguente incisione cutanea puo' avvenire anteriormente, lateralmente o posteriormente; questo determina la differente posizione del paziente sul lettino operatorio (decubito supino o laterale). L'anestesia per tale intervento è solitamente locoregionale (spinale o peridurale), più raramente generale.

La parte femorale viene sostituita da uno stelo metallico inserito nel canale femorale e dotato di una testa di materiale metallico o in ceramica. Anche la cavità acetabolare viene rivestita da una componente metallica; in alcuni casi per aumentarne la tenuta possono essere utilizzate delle viti. Tra queste componenti viene inserito un inserto (in polietilene, ceramica etc), che favorisce adeguata articolarietà della protesi.

Materiali di impianto:.....

Eventuali alternative terapeutiche

.....
.....
.....

Benefici attesi dal trattamento proposto

Recupero funzionale del segmento/i interessato/i, possibilità di mobilitazione precoce,

Rischi e Complicanze

- Infezioni superficiali e profonde
- Anemizzazione post-operatoria che può richiedere la necessità di trasfusioni
- Ematoma e versamento articolare
- Ematomi
- Edema persistente
- TVP
- Sindromi compressive compartimentali
- Fratture durante l'intervento o post operatorie
- Necrosi o distrofie cutanee
- Ossificazioni eterotopiche
- Embolia polmonare
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Mobilizzazione/rottura dell'impianto protesico con necessità di reintervento
- Difetti di posizionamento dell'impianto
- Instabilità articolare
- Rigidità articolare
- Dismetrie
- Zoppia
- Intolleranza ai mezzi protesici
- Protesi dolorosa
- Metallosi
- Pseudotumor
-

Gestione del postoperatorio

- Medicazione della ferita e rimozione eventuale drenaggio **secondo le indicazioni del chirurgo**
- Rimozione punti dopo 15-18gg o **secondo le indicazioni del chirurgo**
- Controllo ortopedico dopo circa 30 giorni, previa esecuzione delle radiografie di controllo o **secondo le indicazioni del chirurgo**
- Mobilizzazione ed fkt della articolazione e/o dell'arto interessato precoce con carico progressivo **secondo indicazioni del chirurgo**
- **Controlli periodici clinici e radiografici secondo le indicazioni le chirurgo**

Eventuali domande da parte del paziente

.....
.....
.....

Eventuali risposte da parte del medico

.....
.....
.....

CONSENSO INFORMATO

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita, con immagini e scritti, un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere il tutto comprensibile ed esauriente.

Preso atto di quanto sopra richiamato **CONFERMO CHE** il Dott. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo col quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad esso connessi, nonché di aver preso in visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discutere immagini e testo.

DICHIARO di essere informato/a del fatto che l'osteosintesi può essere accompagnata da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare Le verrà praticato la profilassi antibiotica mediante infusione prima dell'intervento e successivamente per evitare il rischio di infezioni. Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

IO SOTTOSCRITTO

ACCONSENTO AD ESSERE SOTTOPOSTO ALL' INTERVENTO.

FIRMA DEL PAZIENTE **DATA,**

FIRMA DEI GENITORI IN CASO DI PAZIENTI MINORI
..... **DATA,**

FIRMA DEL TUTORE LEGALE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO
..... **DATA,**

FIRMA DEL MEDIATORE CULTURALE IN CASO DI PAZIENTE STRANIERO
..... **DATA,**

SOTTOSCRIVE IL SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO E FORNITO LE INFORMAZIONI

Segreteria Organizzativa A.L.O.T.O.

