



AGGIORNAMENTO CONSENSI INFORMATI 2016 - 2017

a cura di:

Carmela Chinni, Valerio Anania, Susanna Campi

Con la collaborazione del Consiglio Direttivo

INDICE

Consenso Informato Spalla

Consenso Informato Protesi Ginocchio

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

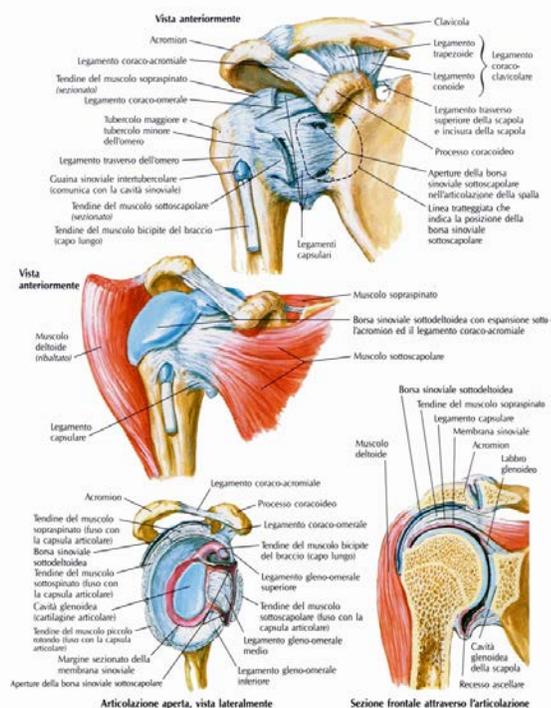
Luogo e data.....

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



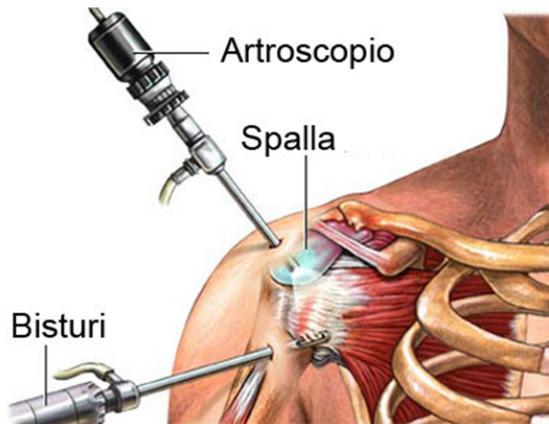
L'articolazione della spalla è costituita da una parte ossea, una muscolo tendinea e una terza capsulolegamentosa.

La prima è formata dalla testa omerale, la glena scapolare e l'acromion. La seconda dai muscoli della cuffia dei rotatori (sottoscapolare, sovra 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-omerale superiore, medio ed inferiore) e dal capo lungo del bicipite.

In relazione alla tipologia della frattura ed 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
- Exitus
-

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 medico**
- Rimozione punti (se presenti) dopo 15gg **o secondo le indicazioni del medico**
- Obbligo di controllo ortopedico dopo circa 30 giorni (previa esecuzione delle radiografie di controllo solo **se richiesto dal medico**)
- Mobilizzazione e fisiochinesiterapia da iniziare **secondo indicazioni e tipo di intervento subito**
- **Obbligo di controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO
..... DATA,

SOTTOSCRIVONO IL SANITARIO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO E FORNITO LE INFORMAZIONI
..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Protesi 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



La gonartrosi è una malattia cronicodegenerativa, 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 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-compartimentali 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
- Reazioni avverse a farmaci
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

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

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



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 brillantezza. 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
- Rigidità con necessità di reintervento
- Limitazione articolare con necessità di reintervento
- Reazioni avverse a farmaci
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

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

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



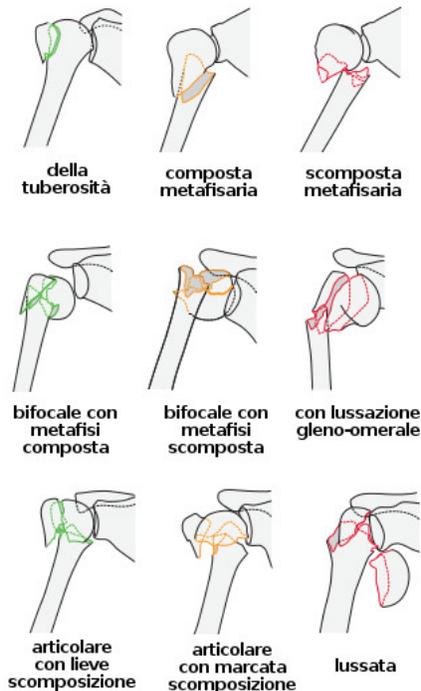
Consenso Informato Fratture Omero Prossimale

Luogo e data.....

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

DICHIARO

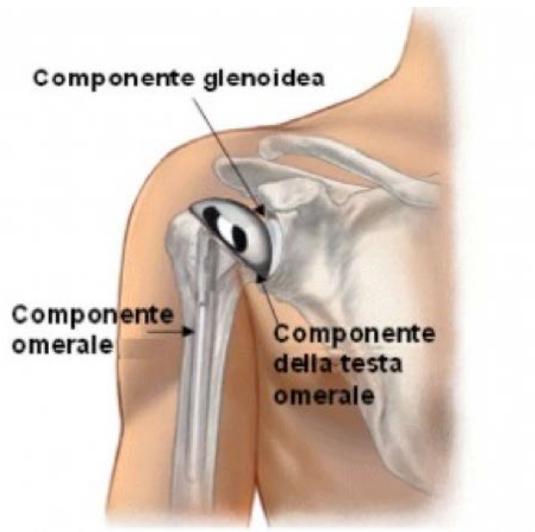
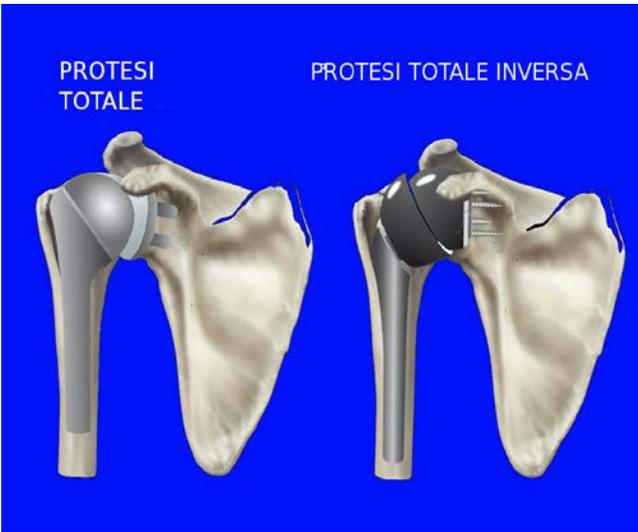
di aver ricevuto, in relazione alla seguente o sospetta
diagnosi.....
una informazione comprensibile ed esauriente



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
- Lussazione protesi
- Rigidità articolare
- Rottura dei mezzi di sintesi o parte di essi
- Reazioni avverse ai farmaci
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- In caso di immobilizzazione controllo settimanale **secondo indicazioni del medico.**
- Medicazione della ferita ogni 4-5gg o **secondo indicazioni del medico.**
- Desutura dopo 15-18gg o **secondo indicazioni del medico**
- Medicazione settimanale, o **secondo indicazioni del medico**, delle Fiches o fili metallici se presenti.
- Rimozione della immobilizzazione dopo circa 30 giorni, o **a seconda delle indicazioni del medico**, 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 medico.**
- **Obbligo di controlli periodici clinici e radiografici secondo le indicazioni del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



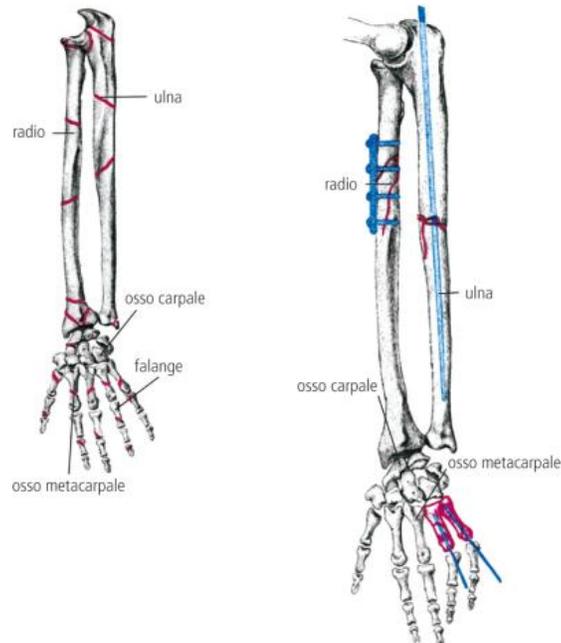
Consenso Informato Fratture Avambraccio

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
- Reazioni avverse a farmaci
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

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

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Artroscopia Ginocchio

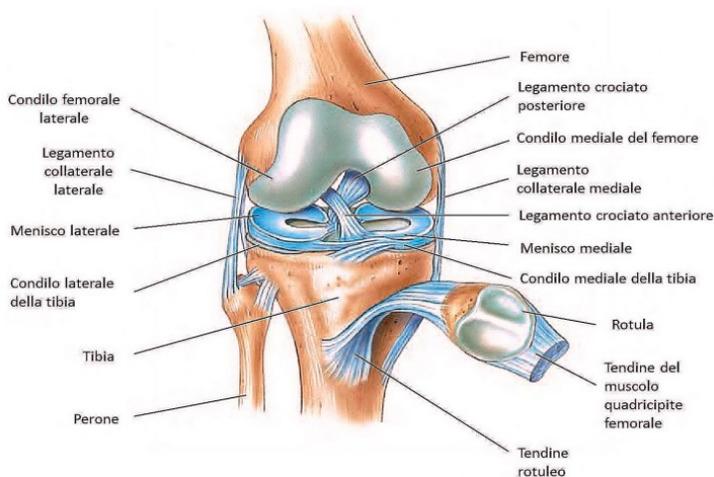
Luogo e data.....

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

DICHIARO

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

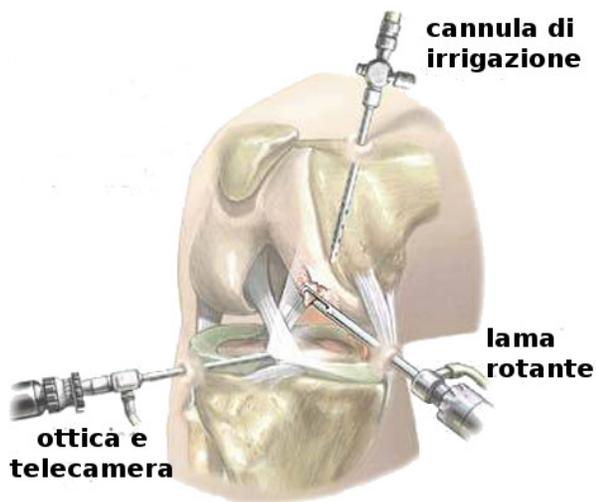
una informazione comprensibile ed esauriente



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 semicirculari 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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



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

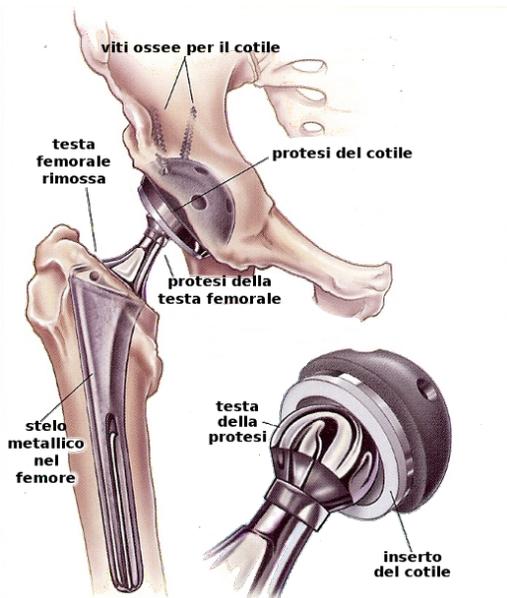


La coxartrosi è una patologia cronico degenerativa dell'anca: si caratterizza per un progressivo assottigliamento della cartilagine articolare del femore e dell'acetabolo fino alla completa esposizione dell'osso subcondrale, con la conseguente formazione di becchi ossei (chiamati osteofiti) e riduzione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

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

In relazione alla 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
- Lussazione protesi
- 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
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

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

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



AGGIORNAMENTO CONSENSI INFORMATI 2017

a cura di:

Carmela Chinni, Valerio Anania, Susanna Campi

Con la collaborazione del Consiglio Direttivo

INDICE

Consenso Informato STC

Consenso Informato Rimozione Mezzi di Sintesi

Consenso Informato Fratture Collo Femorale

Consenso Informato Fratture Periprotetiche dell'Anca

Consenso Informato Fratture Piatto Tibiale

Consenso Informato Fratture Pilon Tibiale

Consenso Informato Correzione Deformità dell'Avampiede

Consenso Informato Amputazione Arto Inferiore

Consenso Informato per il trattamento di Traumi/Patologie complesse ed Esiti dei segmenti ossei maggiori degli arti con "rimodellamento osseo" secondo metodica di Ilizarov



Consenso Informato Sindrome del Tunnel Carpale

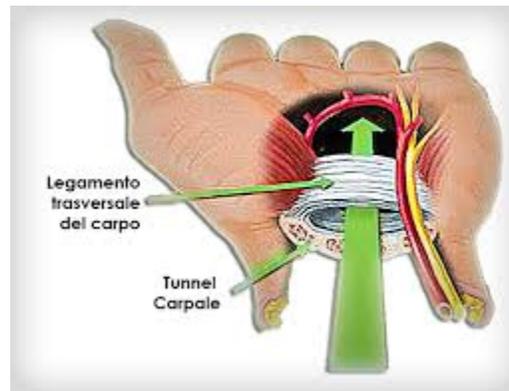
Luogo e data.....

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

Il *Tunnel Carpale* è una struttura stretta: il fondo e i lati di questo tunnel sono formati dalle ossa del polso (*carpo*). La parte superiore del tunnel è coperta da una banda spessa di tessuto connettivo chiamato il *legamento trasverso del carpo*. Il nervo mediano ha un decorso che inizia dal avambraccio raggiungendo la mano attraverso questo tunnel nel polso. Il nervo mediano porta la sensibilità al pollice, indice, medio e alla parte dell'anulare vicina al dito medio. Il nervo controlla anche i muscoli intorno alla base del pollice. All'interno del tunnel carpale ci sono anche i tendini che piegano le dita della mano. Questi tendini sono chiamati tendini flessori. Il tunnel carpale protegge i nervi e tendini flessori che piegano le dita e il pollice. La sindrome del tunnel carpale si verifica quando i tessuti circostanti i tendini flessori si gonfiano determinando una compressione sul nervo mediano. Questi tessuti sono chiamati *sinovia*. La membrana sinoviale lubrifica i tendini e rende più facile il movimento. Il gonfiore della sinovia restringe lo spazio confinato del tunnel carpale, e nel tempo, determina una sofferenza del nervo. La sindrome del tunnel carpale è causata dalla pressione sul nervo mediano nel suo passaggio attraverso il tunnel carpale. Molti fattori possono contribuire allo sviluppo della sindrome del tunnel carpale: L'ereditarietà è il fattore più importante infatti i tunnel carpale possono essere più piccoli in alcune persone. Fare lavori manuali (come usare il martello pneumatico) o lavori di precisione e tipicamente ripetitivi, può contribuire nel tempo a sviluppare questo disturbo. I cambiamenti ormonali legati alla gravidanza ed il ristagno di liquidi possono giocare un ruolo nella compressione del nervo e nella sua sofferenza. L'età è un fattore importante: la malattia si verifica più frequentemente nelle persone anziane. Anche il diabete, l'artrite reumatoide e gli squilibri ormonali tiroidei possono avere un ruolo nell'insorgenza della patologia compressiva e degenerativa del nervo. Alcuni sport (come giocare a bowling o a tennis), o l'utilizzo di strumenti musicali (come la chitarra) o l'utilizzo molto frequente del *mouse* del computer possono infine causare questo disturbo.



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

.....
.....

L'infiltrazione con cortisone associata a tutori di posizione da mantenere nelle ore notturne riduce la sintomatologia dolorosa per periodi variabili. I risultati clinici, a distanza di 3 mesi, sono buoni per circa l'80% dei pazienti operati rispetto al 54% dei pazienti trattati conservativamente. Trattamento chirurgico: in regime ambulatoriale o di day surgery, in anestesia locale e viene praticata tramite una puntura di anestetico direttamente nel palmo della mano. Talvolta verrà applicato un laccio emostatico all'avambraccio per consentire al chirurgo di vedere meglio le strutture anatomiche. L'intervento chirurgico, poi, consiste nel fare un taglio di circa 2 cm sul palmo della mano, tagliata la cute e la fascia palmare si seziona completamente il *legamento trasverso del carpo* per permettere la decompressione del nervo mediano, creando quindi più spazio per il nervo e le strutture presenti nel tunnel carpale. L'intervento in genere è molto breve, dura circa 10 minuti. L'intervento si può eseguire anche con tecnica endoscopica- con due incisioni cutanee di circa 1 cm, l'inserimento di una piccola telecamera, chiamata endoscopio, per tagliare il legamento dall'interno del tunnel carpale-.

Il successo della procedura è correlato al grado di compromissione delle fibre nervose al momento dell'intervento, mentre si osserva nella maggior parte dei casi una riduzione immediata del dolore.

Eventuali alternative terapeutiche

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

Benefici attesi dal trattamento proposto

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

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Persistenza delle parestesie e dei disturbi motori
- Lesioni del nervo mediano che possono richiedere un re intervento
- Lesioni tendinee che possono richiedere un re intervento
- Ematomi locali
- Riduzione della forza del I dito che solitamente non regredisce
- Modesta riduzione della forza di flessione delle dita
- Deiscenza ferita chirurgica
- Edema persistente delle parti molli
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Lesioni temporanee o permanenti cutanee, nervose o della muscolatura da posizionamento del laccio emostatico
- Episodi tromboembolici
- Possibilità di neoformazioni comprimenti il nervo e necessità della loro asportazione
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- **Medicazione della ferita ogni 4-5gg o secondo indicazioni del medico**
- **Desutura dopo 15-18gg o secondo indicazioni del medico**
- **Mobilizzazione ed fkt secondo indicazioni del medico.**
- **Obbligo di controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Rimozione mezzi di sintesi

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 rimozione dei mezzi di sintesi (placche, viti, chiodi, fili, ecc) è un tipo di intervento ortopedico previsto, frequentemente eseguito, ma come tutti gli interventi chirurgici ed ortopedici ha una sua delicatezza per la possibilità di eventi avversi. Pone spesso dei problemi dal punto di vista tecnico dato che togliere una placca , una vite, un chiodo, un filo di kirschner, una cambra, un fissatore esterno o delle fiches non sempre è facile e spesso è un atto chirurgico più complesso del metterlo.

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

.....
.....



Eventuali alternative terapeutiche

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

Benefici attesi dal trattamento proposto

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

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Frattura iatrogena
- Impossibilità alla rimozione del mezzo di sintesi o di parte di esso
- Rottura del mezzo di sintesi o di parte di esso
- Ematomi locali
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di re intervento
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

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

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Fratture Collo Femorale

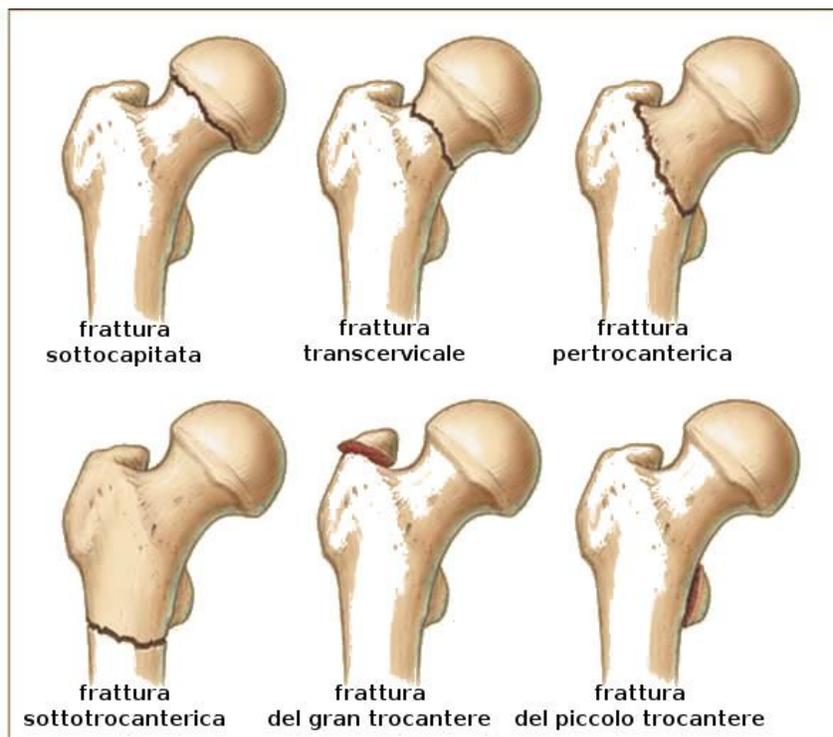
Luogo e data.....

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

DICHIARO

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

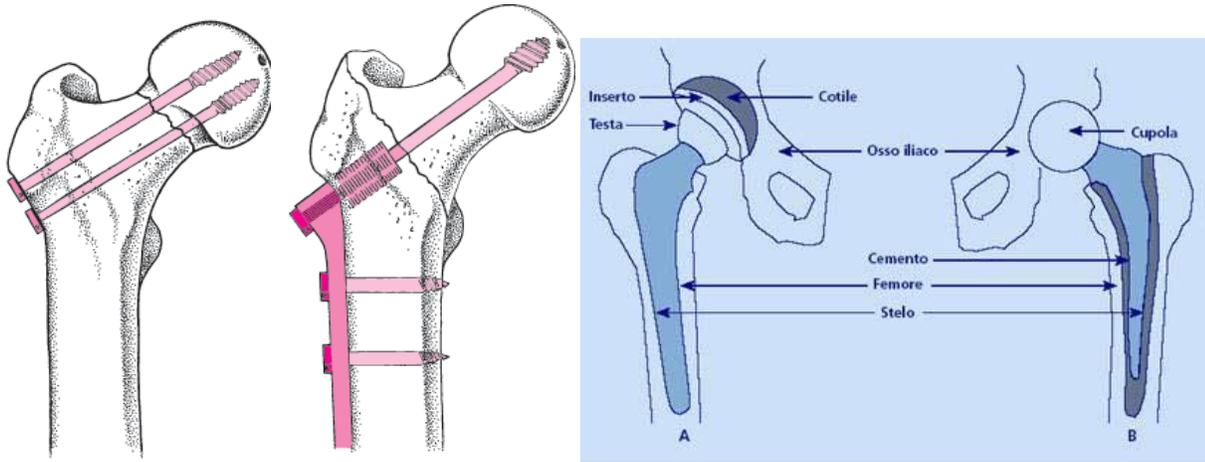
una informazione comprensibile ed esauriente



La frattura dell'anca è una malattia molto grave, è la seconda causa di morte negli Stati Uniti d'America dopo le malattie cardio-vascolari. Uno studio scientifico ha infatti dimostrato che la sopravvivenza di una persona diminuisce drammaticamente subito dopo una frattura dell'anca. I tassi di mortalità all'anno sono di circa il 12-37 % in questi pazienti. Circa la metà di questi pazienti, inoltre, non sono in grado di riconquistare la loro capacità di vivere in modo indipendente. Le fratture del femore si verificano più comunemente in seguito ad una caduta o ad un colpo diretto al lato dell'anca. Alcune condizioni mediche come l'osteoporosi, il cancro, o lesioni da stress possono indebolire l'osso e rendere l'anca più suscettibile alla rottura. In casi gravi, è possibile per un anziano fratturarsi il femore semplicemente con una torsione dell'anca con il paziente in piedi senza caduta. In generale, ci sono tre diversi tipi di fratture dell'anca. Il tipo di frattura dipende da quale area del femore è coinvolta: Fratture intracapsulari, pertrocanteriche e sottotrocanteriche. le prime si verificano a livello del collo e della testa del femore, e sono generalmente all'interno della capsula. La capsula è l'involuppo di tessuti molli che contiene il liquido lubrificante e nutriente dell'anca. le pertrocanteriche verifica tra il collo del femore e una prominenza ossea inferiore chiamata *piccolo trocantere*. Il piccolo trocantere è un punto di attacco per uno dei principali muscoli dell'anca (*l'ileopectineo*). Le fratture intertrocanteriche generalmente incrociano nella zona tra il piccolo trocantere e il grande trocantere. Il grande trocantere è la sporgenza ossea che si può sentire sotto la pelle sulla parte esterna dell'anca. Esso agisce come un altro punto di inserzione dei muscoli. le fratture sottotrocanteriche si verificano sotto il piccolo trocantere, in una regione che si trova tra il piccolo trocantere e una superficie a circa 2-3 cm più sotto. In casi molto rari, il paziente può essere così malato che la chirurgia non è consigliabile. In questi casi, il *comfort* generale del paziente e il livello di dolore devono essere soppesati contro i rischi dell'anestesia e della chirurgia. La maggior parte dei chirurghi concordano sul fatto che per questi pazienti è meglio l'intervento chirurgico e che questo venga eseguito abbastanza rapidamente, in genere entro le 48 ore. Tuttavia è altrettanto importante massimizzare la loro salute medica generale prima dell'intervento chirurgico per assicurare la sicurezza dei pazienti e diminuire i rischi dell'intervento chirurgico. Questo può significare prendere tempo per ricoagulare il sangue nei pazienti scoagulati, per fare studi diagnostici ematici, cardiaci e altro. L'intervento chirurgico riduce il dolore, consente la mobilizzazione e la deambulazione precoci, riduce il rischio di piaghe da decubito, trombosi ed embolie polmonari dovuti all'immobilizzazione a letto. I pazienti che potrebbero essere candidati per il trattamento non chirurgico, invece, sono quelli che o sono troppo malati per sottoporsi a qualsiasi forma di anestesia o le persone che non erano in grado di camminare già prima della loro frattura. L'anestesia per la chirurgia potrebbe essere o l'anestesia generale o l'anestesia spinale. Tutti i pazienti riceveranno antibiotici durante l'intervento e per le 24 ore dopo. Opportuni esami del sangue, una radiografia del torace, l'elettrocardiogramma, e campioni di urina saranno eseguiti prima dell'intervento chirurgico. Molti pazienti anziani possono soffrire di infezioni del tratto urinario che potrebbero portare ad una infezione dell'anca dopo l'intervento chirurgico. La decisione del chirurgo su come risolvere al meglio una frattura dell'anca si baserà sulla zona dell'anca che è rotta e sulla familiarità e l'esperienza del chirurgo con i diversi sistemi che sono disponibili per gestire queste fratture. Se la testa del femore è rotta da sola, la gestione sarà volta a fissare la testa del femore fratturata o a sostituirla con una protesi. Queste fratture possono essere affrontate sia dalla parte laterale o dalla parte posteriore dell'anca. Per le fratture dell'anca intracapsulari, il chirurgo può decidere di fissare la frattura con viti (*pinning* percutaneo). Questa viti in compressione dell'anca consentiranno alla frattura di stabilizzarsi e quindi di guarire. Il vantaggio è che questo intervento è veloce e poco invasivo, e quindi relativamente più sicuro ma può essere effettuato solo nelle fratture che non hanno subito spostamenti e entro le 8-12 ore dal trauma. Lo svantaggio rispetto alla protesi è che con l'avvitamento solitamente non si consente al paziente di caricare sull'arto operato per almeno 1 mese. Se la frattura dell'anca intracapsulare è scomposta in un paziente giovane, verrà effettuato un tentativo chirurgico di riduzione, per riallineare la frattura attraverso una grande incisione. La frattura verrà poi fissata con viti. In tutte queste fratture, l'afflusso di sangue alla testa del femore, potrebbe essere stato danneggiato al momento della frattura. Anche se la frattura è ridotta e fissata in

posizione, la cartilagine e l'osso sottostante possono non ricevere sangue adeguato. A distanza di tempo, ciò può causare la morte della testa femorale (necrosi avascolare). Se ciò si verifica, la superficie articolare diventa **irregolare**. In conseguenza di questo, l'articolazione dell'anca può sviluppare una artrite dolorosa, nonostante la riparazione chirurgica e può necessitare quindi di una sostituzione protesica in seconda battuta.

Nei pazienti più anziani, le probabilità che la testa del femore vada in necrosi è più alta. In linea di massima si ritiene che per queste fratture scomposte, per i pazienti anziani è meglio la sostituzione con una protesi all'anca. In alcuni casi, questo può significare solo una sostituzione della testa del femore (endoprotesi). In altri casi, nei pazienti al di sotto dei 75 anni, o nelle anche che erano già artrosiche, ciò può significare la sostituzione sia della testa del femore che dell'acetabolo (protesi totale dell'anca). Fratture per trocanteriche: La maggior parte delle fratture pertrocanteriche sono gestite con un chiodo endomidollare, che consente anche di impattare la sede della frattura. Il *design* di questo dispositivo consente di ridurre e comprimere il focolaio di frattura. Ciò può aumentare la stabilità della zona fratturata e promuovere la guarigione. Il chiodo endomidollare è collocato direttamente nel canale midollare dell'osso attraverso un'apertura praticata nella parte superiore del grande trocantere. Una vite viene quindi inserita attraverso il chiodo fino al collo e alla testa del femore. Frattura sottotrocanterica: A livello sottotrocanterico, la maggior parte delle fratture sono gestite con un lungo chiodo endomidollare con una grossa vite o con placche e viti che catturano il collo e la testa del femore o la zona immediatamente sottostante, se è rimasta intatta. In genere le fratture sottotrocanteriche sono più gravi e più instabili quindi molto spesso conviene gestirle con un grosso intervento di riduzione anatomica dei frammenti di frattura e la sintesi con grosse placche di metallo e viti. Dopo l'intervento chirurgico i pazienti possono essere dimessi dall'ospedale e andare a casa loro solo quando sono in grado di essere gestiti o di gestirsi autonomamente, in molti casi un soggiorno in un centro di riabilitazione è necessario per aiutarli a ritrovare la capacità di camminare.



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

.....

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
- Emartro- versamento articolare
- Necrosi avascolare della testa del femore
- TVP
- Embolia polmonare
- Sindrome compressive compartimentali
- Fratture durante l'intervento o post operatorie
- Ossificazioni eterotopiche
- Mobilizzazione mezzi di sintesi
- Lussazione endo-artroprotesi
- Rottura dell'impianto protesico
- Rottura dei mezzi di sintesi o di parte di essi
- Ematomi locali
- Deiscenza ferita chirurgica
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di re intervento
- Rigidità articolare
- Dismetrie
- Zoppie
- Intolleranza ai mezzi protesici
- Protesi dolorosa
- Metallosi
- pseudotumor
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- In caso di immobilizzazione a letto **obbligo di controlli clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico**
- Medicazione della ferita ogni 4-5gg **o secondo indicazioni del medico**
- Desutura dopo 15-18gg **o secondo indicazioni del medico**
- Controllo clinico dopo circa 30-40 giorni, **o a seconda delle indicazioni del medico**, previa esecuzione della radiografie di controllo.
- Mobilizzazione ed fkt **secondo indicazioni del medico.**
- **Obbligo di controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Fratture Periprotetiche dell'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

Le fratture periprotetiche di femore, rappresentano una complicanza dell'impianto protesico dell'articolazione coxo-femorale. Costituiscono la quarta causa di revisione chirurgica (5,9%) dopo la mobilizzazione asettica (74,9%), la lussazione (7,6%) e l'infezione primaria profonda (7,3%) (riferimento al registro svedese, 2006).

Di queste fratture sono i fattori di rischio variano a seconda del periodo in cui queste avvengono. Suddividiamo così le fratture periprotetiche in 4 tipi: fratture intraoperatorie, le fratture post-operatorie precoci, le fratture post-operatorie tardive e le fratture patologiche. Nelle intraoperatorie, l'incidenza varia fra lo 0,1 % (Kavanagh e Fitzgerald, 1991) e il 4% (Scott et al.,1975), arrivando fino al 6-8% in caso di revisione, i fattori di rischio determinanti sono: il sesso femminile, cattiva qualità dell'osso (osteoporosi, osteolisi), precedenti interventi, deformità ossee, morfologia della protesi non idonea all'anatomia del femore. Nelle post-operatorie precoci (entro i primi 6 mesi dall'intervento) i fattori di rischio sono rappresentati da: protesi non cementate con crack femorali misconosciuti, stelo non sufficientemente lungo nelle revisioni. Nelle post-operatorie tardive, l'incidenza è più bassa e va dallo 0,1% (Scott et al., 1975) al 2,5 % (Lowery et al., 1995), i fattori di rischio sono rappresentati nella maggior parte dei casi da traumatismi minori, mentre in piccole percentuali (< 10 %) da traumatismi maggiori, per cui diviene evidente come fattori predisponenti come la mobilizzazione asettica con formazione di aree di osteolisi, favoriscano il cedimento osseo e quindi la frattura.

Le fratture patologiche sono causate da metastasi da carcinoma a livello del femore, sono molto rare per via dell'età di protesizzazione (50-70aa), e sono per lo più da ca mammario o prostatico..

La scelta dell'eventuale trattamento chirurgico (sintesi con placche, viti, cerchiaggi, utilizzo di fattori di crescita, innesti ossei,sostituzione delle componenti protesiche , ecc.) o conservativo dipenderà dal tipo di frattura, dalle condizioni generali del paziente, dall'età e dalle richieste funzionali dello stesso .

Il trattamento post-operatorio sia dei pazienti trattati chirurgicamente che di quelli trattati conservativamente dipenderà esclusivamente dal tipo di trattamento effettuato, dalle comorbidità e dalla qualità dell'osso .



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

.....

Materiali d'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
- Rottura dei mezzi di sintesi o di parte di essi
- Ematomi locali
- Sindromi compressive compartimentali
- Fratture durante l'intervento e post operatorie
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee, necrosi o distrofie cutanee
- Deiscenza ferita chirurgica
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Mobilizzazione-rottura dell'impianto protesico con necessità di re intervento
- Intolleranza ai mezzi protesici
- Lussazione dell'impianto protesico
- Instabilità articolare
- Difetti di posizionamento dell'impianto
- Scomposizione della sintesi con necessità di re intervento
- Rigidità articolare
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi
- Calcificazioni eterotopiche
- Dismetrie
- Zoppia
- Protesi dolorosa
- Metallosi

- Pseudotumor
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- Medicazione della ferita ogni 4-5gg **o secondo indicazioni del medico**
- Desutura dopo 15-18gg **o secondo indicazioni del medico**
- Controllo clinico a circa 30 giorni, **o a seconda delle indicazioni del medico**, previa esecuzione della radiografie di controllo (se richiesta dal medico).
- Mobilizzazione ed fkt **secondo indicazioni del medico.**
- **Obbligo di controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Fratture Piatto Tibiale

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

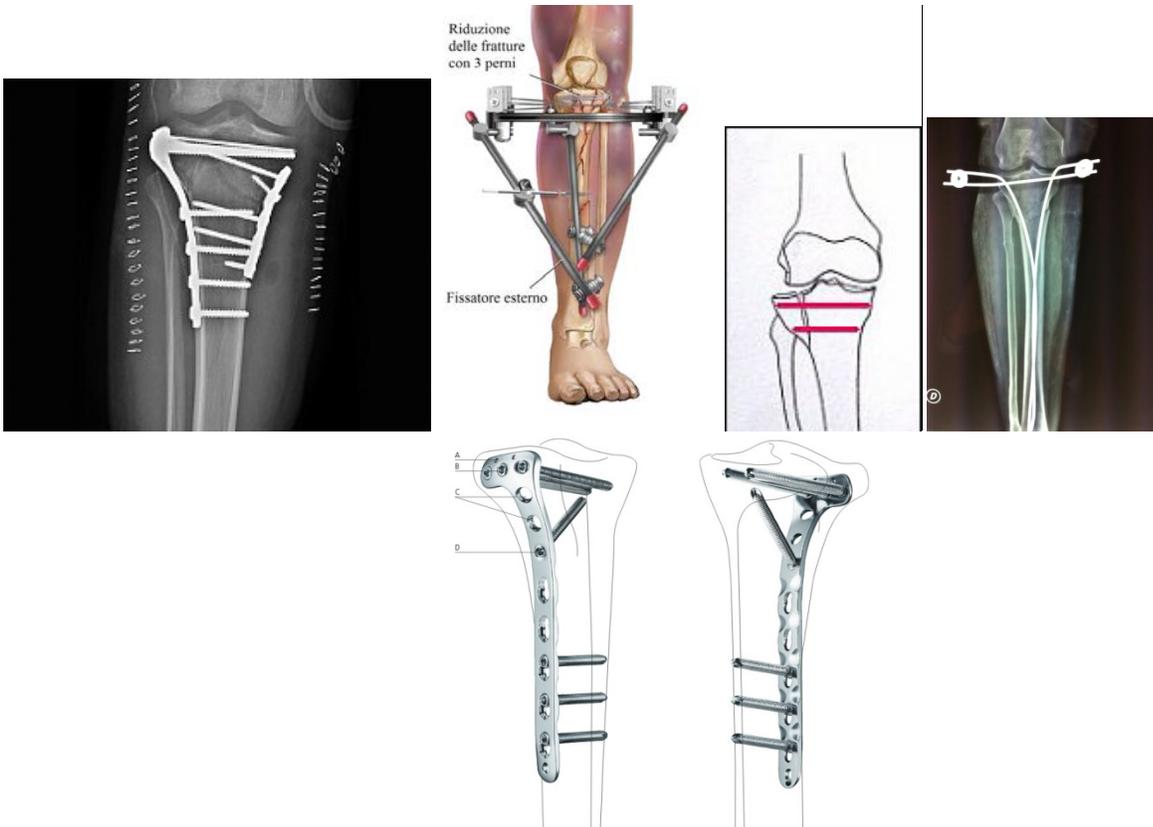
Il ginocchio è la principale articolazione portante del nostro corpo. Tre ossa si incontrano per formare l'articolazione del ginocchio: il femore, la tibia, e la rotula. Legamenti e tendini agiscono come forti corde per tenere insieme le ossa e operano anche come strumenti di contenzione permettendo alcuni tipi di movimenti del ginocchio, e non altri. Inoltre, il modo in cui le estremità delle ossa sono sagomate aiuta a mantenere il ginocchio allineato correttamente. Ci sono diversi tipi di fratture del piatto tibiale: fratture trasversali o fratture multiple. Le fratture coinvolgono la superficie articolare sono chiamate *intra-articolari*. La superficie superiore della tibia (piatto tibiale) è fatta di osso spongioso, che ha un aspetto a "nido d'ape" ed è più morbido rispetto all'osso spesso della parte inferiore della tibia. Le fratture che coinvolgono il piatto tibiale si verificano quando una forza spinge l'estremità inferiore del femore nell'osso morbido del piatto tibiale. L'impatto causa spesso la compressione e l'affondamento dell'osso spongioso come se fosse un pezzo di polistirolo che è stato calpestato. Questo danno alla superficie dell'osso può provocare un allineamento improprio dell'arto, e nel tempo può contribuire a generare artrosi, instabilità e riduzione del movimento del ginocchio. Le fratture della tibia prossimale possono essere chiuse (significa che la pelle intorno all'osso fratturato è intatta) o esposte (quando l'osso buca la pelle ed esce fuori). Una frattura esposta è quando un osso si rompe in modo tale che i frammenti ossei sporgono attraverso la pelle o una ferita penetra fino all'osso rotto. Le fratture esposte spesso causano molti più danni ai muscoli circostanti, i tendini e i legamenti. Queste gravi fratture hanno un rischio più elevato di complicazioni come l'infezione, e richiedono più tempo per guarire. Una frattura del piatto tibiale nella maggioranza dei casi è il risultato di un trauma. Le persone giovani spesso sperimentano tali fratture come risultato di un trauma ad alta energia, ad esempio una caduta da altezze considerevoli, traumi legati allo sport o incidenti automobilistici. Gli anziani che hanno un osso più debole spesso si procurano questo tipo di frattura anche in seguito a piccoli traumi come una semplice caduta dalla posizione eretta o da un marciapiede.



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

.....

.....



Eventuali alternative terapeutiche

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

Benefici attesi dal trattamento proposto

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

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Artrosi post traumatici
- Intolleranza fattori di crescita
- Rottura dei mezzi di sintesi o di parte di essi
- Ematomi locali
- Sindrome compartimentale
- Deiscenza ferita chirurgica
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di re intervento
- Rigidità articolare
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- In caso di immobilizzazione controllo settimanale **o secondo indicazioni del medico.**
- Medicazione della ferita ogni 4-5gg **o secondo indicazioni del medico.**
- Desutura dopo 15-18gg **o secondo indicazioni del medico.**
- Medicazione settimanale, **o secondo indicazioni del medico**, delle Fiches o fili metallici se presenti.
- Rimozione della eventuale immobilizzazione dopo circa 30 giorni, **o a seconda delle indicazioni del medico**, previa esecuzione della radiografie di controllo.
- Mobilizzazione ed fkt **secondo indicazioni del medico.**
- **Obbligo di controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Fratture Pilone Tibiale

Luogo e data.....

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

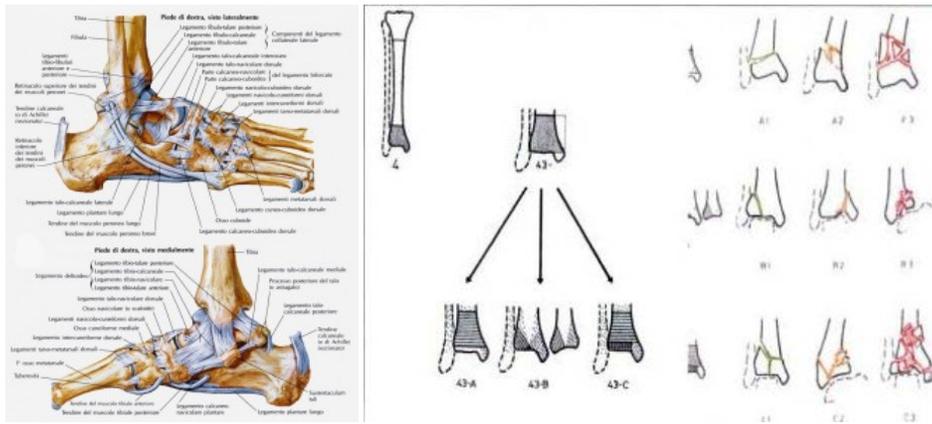
DICHIARO

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

Il termine “pilone tibiale” viene utilizzato per definire le fratture che interessano la superficie articolare distale della tibia e la metafisi adiacente (con il coinvolgimento, in diversa misura, della fibula e dell’apparato capsulo-legamentoso che stabilizza il “mortaio”). Queste fratture rappresentano circa il 7% delle fratture della tibia e l’1% delle fratture dell’arto inferiore. Si tratta di fratture particolarmente gravi, in cui non rara è l’esposizione, che spesso si realizzano nell’ambito di pazienti politraumatizzati. In base al meccanismo traumatico, si possono distinguere due tipi di fratture:

– *Traumi a bassa energia*: sono fratture in cui prevalgono forze rotazionali, determinando fratture spiroidi, con grossi frammenti metafisari ed estensione alla diafisi. Questo tipo di trauma si verifica, in genere, per incidenti sportivi (sci, hockey su ghiaccio) o per cadute accidentali con trauma distorsivo.

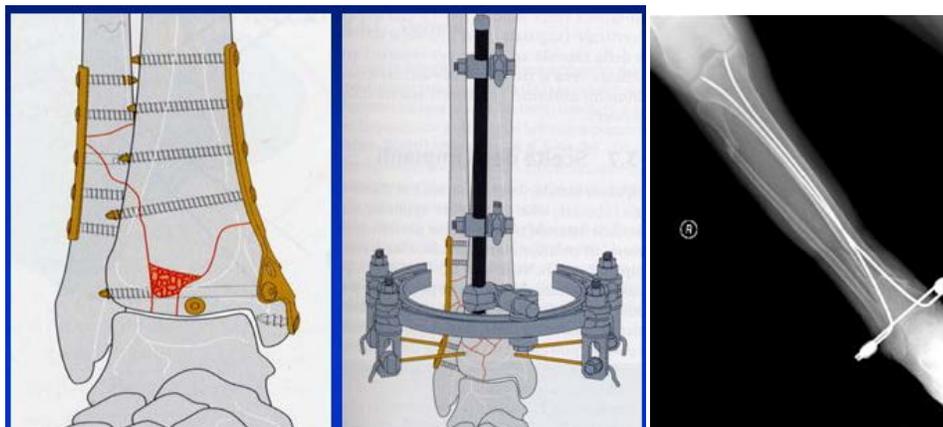
– *Traumi ad alta energia*: sono fratture in cui prevalgono le forze assiali ed in cui l’energia del trauma è elevata. Notevole è il coinvolgimento articolare, con infossamento e la presenza spesso di numerosi frammenti. Queste fratture sono conseguenza di cadute dall’alto, incidenti stradali (motociclistici soprattutto), infortuni sul lavoro. Si associano spesso a fratture di fibula, astragalo e calcagno (in base all’atteggiamento del piede al momento del trauma) e spesso ad esse si associano spesso altre fratture (fibula in primis, ma anche astragalo e calcagno), che possano essere fratture esposte (2,1%) e che il paziente sia spesso un politraumatizzato, con problemi quindi di ordine generale. Tutto questo non fa che rendere più problematica la gestione del paziente ed il trattamento di queste fratture.



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

.....

.....



Eventuali alternative terapeutiche

.....

.....

.....

Benefici attesi dal trattamento proposto

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

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Artrosi post traumatica
- Rottura dei mezzi di sintesi o di parte di essi
- Ematomi locali
- Sindrome compartimentale
- Deiscenza ferita chirurgica
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di re intervento
- Rigidità articolare
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- In caso di immobilizzazione controllo settimanale **o secondo indicazioni del medico.**
- Medicazione della ferita ogni 4-5gg **o secondo indicazioni del medico**
- Desutura dopo 15-18gg **o secondo indicazioni del medico.**
- Medicazione settimanale, **o secondo indicazioni del medico**, delle Fiches o fili metallici se presenti.
- Rimozione della eventuale immobilizzazione dopo circa 30 giorni, **o a seconda delle indicazioni del medico**, previa esecuzione della radiografie di controllo.
- Mobilizzazione ed fkt **secondo indicazioni del medico.**
- **Obbligo di controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Correzione Deformità dell'Avampiede

Luogo e data.....

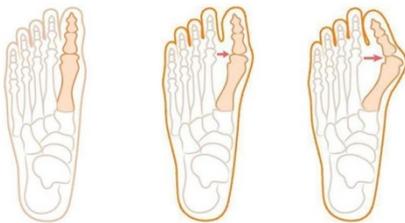
Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
CF.....residente a.....
via.....telefono.....

DICHIARO

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

L'alluce valgo è una deformità progressiva del primo raggio del piede caratterizzata da deviazione laterale di varia entità associata o meno a pronazione. È legata a diverse cause, sostanzialmente biomeccaniche associate a familiarità.

Può presentarsi associato a numerose deformità dell'avampiede: deformità in griffe delle dita, presenza di tilomi plantari, spesso vi è associato anche un neuroma di Morton. Lo studio radiografico del piede sotto carico è necessario per valutare l'entità e la tipologia delle deformità e definire in rapporto ad essa il tipo di trattamento necessario. Esistono numerosissime tecniche chirurgiche di correzione dell'alluce valgo, con forme di osteotomia e metodi di sintesi svariati che possono così sintetizzarsi: interventi correttivi sui tessuti molli, osteotomie prossimali del primo metatarso, osteotomie distali del primo metatarso, osteotomie della falange prossimale dell'alluce, forme combinate. La scelta del tipo di intervento da eseguire è dettata dal tipo e dalla gravità della deformità prevalente, dalle deformità associate, dall'età e dalla richiesta funzionale del paziente.



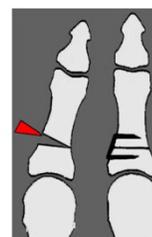
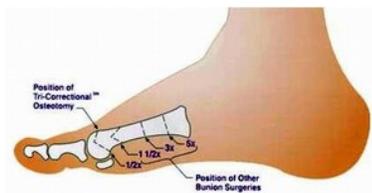
Per la correzione della deformità possono essere utilizzate tecniche di osteotomia che richiedono un'incisione cutanea di lunghezza variabile. Infatti è possibile correggere una deformità dell'alluce e delle altre dita sia con tecniche tradizionali che prevedono una più o meno ampia incisione cutanea, sia con tecniche a ridotto accesso cutaneo (OSTEOTOMIA DISTALE PERCUTANEA) , sia con tecniche percutanee che prevedono l'esecuzione di 2 o 3 piccoli fori. La tecnica migliore non esiste, è importante capire la deformità ed utilizzare la tecnica migliore per ottenere un buon risultato duraturo nel tempo. In alcuni casi è bene eseguire tecniche miste che prevedono quindi sia un tempo open con adeguata incisione chirurgica, sia un tempo percutaneo.

L'intervento garantisce la correzione della deformità ed una significativa riduzione del dolore in quasi tutti i casi ma la percentuale di soggetti soddisfatti varia dal 90% al 70% indipendentemente dal grado di riduzione e dalla ripresa funzionale.

L'intervento può essere eseguito in regime di day hospital o di ricovero ordinario. Il tempo di guarigione medio è di circa 2 mesi. A seconda della scelta chirurgica potrebbe essere necessario l'uso di una scarpa a suola rigida o con scarico dell'avampiede . Un'attività sedentaria può essere ripresa dopo 7-10gg, un'attività lavorativa normale può essere ripresa dopo 1-2 mesi l'eventuale insorgenza di complicanze allunga i tempi di ripresa.

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

Materiale d'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
- Necrosi avascolare della testa del 1° metatarsale
- Alterazione della sensibilità cutanea
- Rottura dei mezzi di sintesi o di parte di essi
- Pseudoartrosi- Ritardo di consolidazione
- Recidiva della deformità
- Metatarsalgia centrale
- Ematomi locali
- Sindrome compartimentale
- Deiscenza ferita chirurgica
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di re intervento
- Rigidità articolare
- Consolidazione viziosa
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- Medicazione della ferita ogni 4-5gg **o secondo indicazioni del medico**
- Desutura dopo 15-18gg **o secondo indicazioni del medico**
- Medicazione settimanale, **o secondo indicazioni del medico**, dei fili metallici se presenti
- Rimozione della eventuale immobilizzazione dopo circa 30 giorni, **o a seconda delle indicazioni del medico**, previa esecuzione della radiografie di controllo.
- Mobilizzazione ed fkt **secondo indicazioni del medico.**
- **Obbligo di controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,



Consenso Informato Amputazione 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

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

.....
.....



Emipelvectomia
consiste nella
asportazione dell'
emibacino dello scheletro.



Disarticolazione d'anca
consiste nella
asportazione completa
dell'arto inferiore lussando
la testa del femore dal
cotile.



**Amputazione
transfemorale**
consiste nella
amputazione del femore
e avviene di solito
al terzo medio.



**Disarticolazione
di ginocchio**
consiste nella
amputazione ai
condili femorali.
(Gritti, Kirk)



**Amputazione
transtibiale**
consiste nella
amputazione della tibia
e del perone al 3°
medio-proximale.



**Disarticolazione
di caviglia**
consiste nell'asportazione
del piede lussando
l'astragalo
sull'articolazione tibio-
peroneale distale; residua
un moncone di gamba
estremamente lungo per
un'adeguata
protesizzazione



**Amputazione
digitale**
consiste nella
amputazione delle
dita del piede.



**Amputazione
transmetatarsale**
consiste nella
amputazione a livello del
terzo medio
delle diafisi metatarsali;
è considerato la più
idonea, perché mantiene
la lunghezza dell'arto
inferiore



**Amputazione
di Lisfranc**
consiste nella
amputazione a livello
del terzo medio
delle diafisi
metatarsali.



**Amputazione
di Chopart**
si realizza a livello dell'
articolazione tra cuboide-
scafoido e calcagno-
astragalo. Può
determinare una
deviazione in equinismo,
protesizzabile con
difficoltà.



**Amputazione
di Pirogoff**
consiste nella
amputazione completa
del piede ad esclusione
del terzo posteriore
del calcagno che viene
ruotato di 90° e posto a
contatto con la superficie
articolare della tibia.



**Amputazione
di Syme**
consiste nell'amputazione
completa del piede
attraverso l'articolazione
della caviglia con
rimozione del malleolo
tibiale e del perone

Eventuali alternative terapeutiche

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

Benefici attesi dal trattamento proposto

.....

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Anemizzazione e necessità di trasfusione
- Ematomi locali
- Edema persistente delle parti molli
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Deiscenza ferita chirurgica
- Introflessioni cutanee
- Comparsa di fistole
- Sindrome dell'arto fantasma
- Neuroma d'amputazione
- Disturbi sensitivi
- Rigidità dell'articolazione sovrastante il livello dell'amputazione
- Episodi tromboembolici
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- Medicazione della ferita ogni 4-5gg o secondo indicazioni del medico e desutura dopo 15-18gg o **secondo indicazioni del medico.**
- Controllo clinico ortopedico ed eventualmente radiografico a distanza **su indicazione del medico.**
- **Obbligo di controlli periodici clinici ed eventualmente radiografici su indicazione del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,**

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... **DATA,**

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

..... **DATA,**

ED IL CHIRURGO OPERATORE **DATA,**



Consenso Informato per il trattamento di Traumi/Patologie Complesse ed Esiti dei segmenti ossei maggiori degli arti con “rimodellamento osseo” secondo metodica di Ilizarov

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

- Pseudoartrosi asettica trofica
- Pseudoartrosi asettica atrofica
- Pseudoartrosi settica attiva
- Sepsi pregressa
- Deviazione assiale
- Dismetria
- Status del rivestimento muscolo cutaneo
- altre deformità-deficit vascolo nervosi
- Status dei canali midollari (ostruzione?) e del segmento osseo (atrofia, degenerazione necrotica...)

.....
-Precedenti interventi chirurgici
.....
.....
.....

Data di inizio della
patologia/trauma.....
.....
.....

Come può essere condotto il Rimodellamento Osseo:

A) Tecnica **monofocale** (Pseudoartrosi asettica trofica; senza o in presenza di deviazioni assiali e contenute dismetrie): Applicazione di Fissatore Esterno circolare (4 anelli), possibile osteotomia di perone, distrazione compressione sulla P.A., correzione di eventuali deviazioni assiali ipometrie. Tempo medio di trattamento: minimo 6 mesi. Medicazione/pulizia bi-trisettimanale dei tramiti di ancoraggio cutanei. In caso di inefficacia, passaggio alla tecnica bifocale.

B) Tecnica **Bifocale** (più lunga ma più radicale. Se Pseudoartrosi asettica atrofica, Pseudoartrosi settica, severe mortificazioni del tessuto osseo e altre patologie associate): *Resezione segmentaria* includente la P.A. e le regioni mortificate (sepsi e tessuto degenerato necrotico). *Apertura dei canali*. Applicazione di un Fiss. Est. A più anelli. *Osteotomia in regione ossea integra* (prossimale o distale). Attesa della formazione di ematoma di frattura (5-7gg). Inizio del "trasporto osseo" con distrazione micrometrica (trasporto discendente, ascendente, convergente o "a inseguimento"; se doppia osteotomia, in caso di lunghe resezioni). Velocità di trasporto circa 1 mm/die, frazionato in più tempi, con possibilità di rallentamento, stop momentaneo, ricompressione o accelerazione. Secondo la qualità del "rigenerato". Al momento del contatto osseo (Docking time), possibilità di *apertura del focolaio, curretage, pulizia dei canali, apposizione di microtrapianti ossei di corticospongiosa e cellule staminali da cresta iliaca. Possibile osteotomia di perone.*

Il tempo di trasporto (1mm/die, circa 3 cm al mese) sarà proporzionale alla lunghezza del segmento osseo malacico asportato; cui va aggiunto un successivo tempo di stabilizzazione dell'apparato per consentire la strutturazione del rigenerato; pari a circa 1 mese per cm trasportato/rigenerato. Per una resezione media di circa 10 cm, tempo medio di trattamento non inferiore a 14 mesi (4+10).

In caso di alterazioni o perdita di tessuti molli di copertura (ab inizio o in corso di trattamento), sarà necessario l'affiancamento del Chirurgo Plastico.

Saranno possibili, nonostante le medicazioni costanti dei tramiti di ancoraggio, infezioni dei fili o delle fiches dell'apparato; necessità di sostituzione di qualcuno dei mezzi di ancoraggio stessi (secrezioni, dolore o intolleranza).

Il posizionamento dei mezzi di ancoraggio per un lungo periodo e il loro movimento per il tempo di trasporto, comporteranno inevitabili coinvolgimenti e cicatrici cutanee, oltre quelle già presenti per precedenti interventi; possibili rigidità articolari. In caso di pazienti dediti al fumo, con stato depressivo o patologie importanti associate, il trattamento può subire maggiori difficoltà e allungamenti rispetto ai tempi descritti. Detta procedura pertanto è *efficace ma lunga e complessa*; richiede pazienza e stretta collaborazione fra Paziente e Operatore; ma rappresenta l'ultima possibilità per la salvaguardia dell'arto e molto spesso può richiedere l'intervento combinato o successivo di chirurgia plastica.

Eventuali alternative terapeutiche

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

Benefici attesi dal trattamento proposto

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

Rischi e Complicanze

- Infezioni
- Frattura iatrogena
- Ematomi locali
- Edema persistente delle parti molli
- Algodistrofia riflessa
- Necessità di associare interventi di chirurgia plastica successivi
- Danni per lesioni iatrogene di nervi e tendini
- Danni vascolari
- Cicatrici dolorose, pruriginose, cheloidee
- Scomposizione della sintesi con necessità di re intervento
- Consolidazione viziosa
- Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi
- Episodi tromboembolici
- Amputazione dell'arto
- Exitus
-

Gestione del postoperatorio

- Medicazione settimanale, o secondo indicazioni del medico, delle Fiches o fili metallici se presenti.
- **Obbligo di controlli clinici periodici ed eventualmente radiografici secondo le indicazione del medico.**

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.

Ho letto e compreso

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,

FIRMA DI UN TESTIMONE SE IL PAZIENTE E' IMPOSSIBILITATO A FARLO

..... DATA,

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

..... DATA,

ED IL CHIRURGO OPERATORE DATA,

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

