

DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE

lo sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

visitato presso l'ambulatorio di _____

in qualità di: paziente (specificare rapporto in rel. al pz) _____

del paziente _____

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso

IN PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI ESSERE STATO ESAURIENTEMENTE INFORMATO/A SULLA NATURA, EVOLUZIONE E COMPLICANZE DELL'INFERMITA' DI CUI SONO/DI CUI E' AFFETTO/A:

1) DIAGNOSI _____

2) In particolare nel corso dei colloqui intercorsi con il **Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI** **Dr. ANTONELLO****MARIA PANTI**sono stato informato che per il suddetto processo morboso per il quale dovrò/dovrà essere ricoverato/a è indicato un intervento chirurgico di **ARTRODESI** _____

anestesia proposta _____ la cui decisione definitiva sarà valutata a giudizio del medico anestesista competente, che effettuerà la visita di pre ricovero.

3) Mi sono state spiegate, secondo la procedura in vigore presso questa Società:

L'artropatia degenerativa della tibio-tarsica, in quanto a *etiopatogenesi*, può essere divisa in *primitiva e secondaria*. Le forme *primitive* sono molto rare, perché la morfologia della tibio-tarsica e il compenso funzionale delle articolazioni del tarso rendono modesto il suo impegno meccanico. Le forme *secondarie* di artropatia degenerativa sono molto più frequenti e dovute ad esiti di eventi traumatici (fratture, lussazioni, fratture-lussazioni, fratture condrali ed osteocondrali, necrosi dell'astragalo), oppure da microtraumatismi ripetuti per lassità articolare cronica (distorsioni di caviglia numerose e ripetute nel tempo).

Come in tutte le forme di artrosi, quella della caviglia è caratterizzata da usura precoce delle cartilagini articolari, con conseguente infiammazione cronica secondaria all'attrito articolare. La rima articolare si riduce e, quasi a difesa dell'articolazione, compaiono delle colate ossee anteriori e posteriori, che limitano il movimento. L'artrosi di caviglia è una condizione lentamente ma progressivamente peggiorativa. L'artrosi colpisce con minore frequenza la caviglia rispetto alle altre articolazioni del nostro corpo.

Nei casi iniziali può essere sufficiente una terapia farmacologica con antiinfiammatori o fisioterapia, oltre a riduzione del peso e delle sollecitazioni funzionali. Dal punto di vista chirurgico nei casi meno gravi si può prendere in considerazione un intervento artroscopico di "pulizia" articolare con lo scopo di eliminare detriti, osteofiti e tessuti infiammatori e pertanto di rallentare il peggioramento dell'artrosi; questi interventi possono avere un discreto risultato sulla sintomatologia soggettiva ma difficilmente risolvono il problema nel lungo periodo. Nei casi conclamati si effettua l'intervento di Artrodesi

Cause

Traumi, fratture e malattie infiammatorie sistemiche (per esempio, lupus e artrite reumatoide) sono i principali responsabili.

Sintomi

dolore, rigidità e tumefazione a carico dell'articolazione. Il dolore, inizialmente presente durante il movimento, poi colpisce anche a riposo.



L'indicazione all'intervento chirurgico di ARTRODESI:

l'artrodesi cioè il bloccaggio chirurgico dell'articolazione; ha il vantaggio di eliminare il dolore e di risolvere definitivamente il problema, per contro riduce drasticamente il movimento complessivo di flessione ed estensione del piede (circa 2/3 rispetto al normale). Va detto tuttavia che in generale i risultati a distanza sono buoni e che a 20 anni dall'intervento l'80% dei pazienti si dichiara soddisfatto sempre che la parte anteriore del piede abbia un movimento, (prima dell'intervento di almeno 20° di flessione dorso-plantare)

Complicanze dei trattamenti chirurgici

Le complicanze che possono sopraggiungere dopo un intervento di artrodesi sono varie: infezioni superficiali, infezioni profonde; trombosi venosa profonda, embolia polmonare; danni neurologici per lesioni di nervi; danni vascolari per lesioni di vasi; cedimento del tendine di achille o tibiale anteriore; cicatrici cheloidiche; necrosi cutanea; zoppia; dolore in sede di intervento; fratture periprotetiche; lussazione delle componenti protesiche; instabilità legamentosa, artrofibrosi, artrosi delle articolazioni viciniori (sottoastragalica, collo piede, ginocchio, anca) in caso di artrodesi. In particolare: - L'infezione si può manifestare precocemente (nei primi giorni dopo l'intervento) o tardivamente (a distanza di tempo) anche in conseguenza di infezioni in altri distretti corporei. Può essere dominata con la somministrazione di antibiotici (a volte anche per lunghi periodi e a dosi elevate) e con la revisione chirurgica della ferita (soprattutto nelle infezioni precoci). La flebite è un'inflammatione delle vene dell'arto operato (più raramente di quello controlaterale) con possibile formazione di coaguli aderenti alla parete della vena fino alla sua occlusione (Tromboflebite). Il distacco di questi coaguli (trombo o embolo) ed il successivo arrivo attraverso il circolo ematico ai polmoni può provocare l'embolia polmonare, evenienza molto grave e pericolosa. Per prevenire queste complicanze si utilizza l'Eparina somministrata tramite iniezione sottocutanea (in genere nell'addome). Questa profilassi dovrà essere scrupolosamente eseguita anche dopo la dimissione per il tempo prescritto.

- **Infezione della ferita** le cause per cui una ferita può infettarsi sono molteplici, in primis il fattore igienico e di cura della stessa, tale complicanza se non trattata tempestivamente può dar luogo a complicazioni più gravi quali l'infezione protesica. Talvolta può risultare difficoltosa la cura alla luce di falsi esiti negativi dei Tamponi Colturali effettuati, per i quali la letteratura scientifica si esprime affermando che "La negatività dell'esame colturale non esclude diagnosi di infezione, mentre la positività significativa potrebbe assumere valore diagnostico anche in assenza di un quadro fortemente flogistico all'esame chimico fisico"
- **Dolore ingravescente localizzato o esteso a riposo e/o sotto carico, gonfiore, formazione di ematoma e/o di raccolte di liquido che possono riassorbire spontaneamente o possono richiedere il drenaggio, perdita della sensibilità parziale o estesa dell'arto operato, insorgenza di febbre**, tali complicanze possono perdurare per qualche giorno o protrarsi per periodi più lunghi Fino a qualche mese
- **Reazione allergica a cerotti e/o materiale medicale:** una reazione allergica della pelle dovuta al contatto con sostanze chimiche o naturali, chiamate allergeni, in grado di stimolare una risposta immunologica. In seguito al contatto della cute con gli allergeni si sviluppa una reazione infiammatoria, pruriginosa della pelle, può provocare rash cutanei fino a vesciche o vere e proprie bruciate. Il rischio maggiore è che tali lesioni si infettino e rappresentino una porta di accesso nel sottocute e contribuiscano all'insorgenza di infezioni peri protesiche.

Recupero funzionale

La fase di recupero e riabilitazione termina, in genere, dopo circa 12 settimane dall'intervento. Per almeno le prime quattro settimane, il paziente non deve caricare il peso sul piede interessato; può cominciare a farlo gradatamente all'inizio della quinta settimana.

4) Dichiaro di essere a conoscenza in quale misura le mie/sue condizioni generali di salute contribuiscono ad aumentare i rischi operatori, la valutazione definitiva dei quali sarà effettuata dall'anestesista prima dell'intervento chirurgico.

5) Sono al corrente che durante l'intervento chirurgico potrei presentarmi complicazioni da richiedere una modifica della tecnica operatoria, in tal caso autorizzo il chirurgo ad effettuare le modifiche a sua discrezione in scienza e coscienza



- 6) Sono al corrente che l'intervento potrà essere interrotto o limitato per sopravvenuti motivi tecnici.
- 7) Sono stato informato sulle conseguenze temporanee e/o permanenti dipendenti dall'intervento, nonché delle eventuali ripercussioni sull'attività lavorativa.
- 8) Sono al corrente delle scelte alternative terapeutiche.
- 9) L'intervento chirurgico sarà effettuato da il **Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI** **Dr. ANTONELLO MARIA PANTI** Insieme all'equipe chirurgica della struttura presso cui sarò operato.
- 10) Qualora non mi/si sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propostomi, possono sopraggiungere rischi e svantaggi per il mio/suo stato di salute:
- 11) Qualora mi sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propostomi sarà necessario effettuare i seguenti controlli post operatori:
- a. **dopo 30 giorni** dall'intervento previa esecuzione delle radiografie di controllo indicate nella lettera di dimissione
salvo diverse specifiche indicazioni

Preso atto di quanto sopra, dopo avere riflettuto sulle informazioni ricevute consapevole del mio/suo stato di salute, acconsento a sottopormi/lo all'intervento chirurgico propostomi:

SI NO

Non acconsento, pur essendo informato/a delle conseguenze che possono derivare dal mio rifiuto.

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

Firma del/la paziente _____
(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, _____
(verificata la loro identità in caso di pz minorenni)

Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario _____
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

Data ___/___/___

Firma del Medico



Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica.

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

visitato presso l'ambulatorio di _____

in qualità di:

paziente

(specificare rapporto in rel. al pz) _____

del paziente _____

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso

IN PIENA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI:

1. Aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati e Regolamento UE2016/679 pubblicata nel sito www.orthocarestp.it e/o inviata tramite mail e di esprime il consenso al trattamento dei dati indicati al **punto 1)** ed il consenso alla comunicazione degli stessi secondo **le finalità indicate al punto 2) dell'informativa stessa.**
2. Aver preso visione, relativamente ai pazienti minorenni ,di quanto precisato nella integrazione, dell'informativa.
Garantisco e dichiaro sotto la mia responsabilità, così tenendo indenne il titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo, la veridicità di quanto esplicitato nei **punti a) e b) dell'Integrazione sopra richiamata.**
3. Di aver sottoscritto il consenso informato al trattamento chirurgico dopo averne preso visione
4. Di aver ricevuto il certificato medico predisposto da parte del Dr Pantì
5. Di aver ricevuto tutta la documentazione medica

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

Firma del/la paziente _____

(se maggiorenne e capace di intendere e volere)



Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, _____
(verificata la loro identità in caso di pz minorenni)

Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario _____
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

Il suo consenso verrà ritenuto valido salvo diversa comunicazione scritta, ciò in applicazione della norma relativa al silenzio assenso

Data ___/___/___

Firma del Medico

