

**DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE**

Io 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 **INTERVENTI RELATIVI ALLA MANO** : \_\_\_\_\_

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:**

Le seguenti Patologie del polso e della mano, tunnel carpale, rizoartrosi, malattia di Dupuytren, dita a scatto, artrosi della mano, malattia di Dequervain, traumi ed esiti di traumi alla mano, rigidità della mano, mano reumatoide.

Vengono trattate tramite accesso Ambulatoriale

Il trattamento chirurgico previsto consiste in tecniche a cielo aperto minimamente invasive

**Preparazione all'intervento**

Valutazione medica (prericovero). Verrà programmato un esame fisico completo con l'anestesista (prericovero) prima dell'operazione. Questo è necessario per assicurarsi che sussistano le condizioni di salute generale per affrontare l'intervento chirurgico e per completare il processo di recupero. Molti pazienti con patologie croniche, come le malattie cardiache, possono anche necessitare una valutazione di uno specialista, come un cardiologo, prima della chirurgia. Durante il prericovero potranno essere eseguite radiografie necessarie per pianificare l'intervento chirurgico.

• Test. Diversi, come gli esami del sangue e delle urine, e un elettrocardiogramma, possono essere necessari per aiutare il Chirurgo ortopedico nel pianificare il vostro intervento chirurgico.

• Farmaci. Informi il Chirurgo ortopedico e l'anestesista durante il prericovero circa i farmaci che sta assumendo. Lui dirà di quali farmaci sarà necessaria l'interrompere l'assunzione e quali potranno essere assunti prima dell'intervento chirurgico.

**Anestesia, post-operatorio, riabilitazione e dettagli utili sull'intervento**

L'intervento viene effettuato in anestesia locale La scelta del tipo di anestesia è indifferente dal punto di vista chirurgico e in genere viene fatta dall'anestesista di sala operatoria, tenendo conto, per quanto possibile, delle richieste e delle preferenze del paziente.

Il trattamento post-operatorio si avvale di un tutore che immobilizza la mano per 2 settimane, segue un protocollo riabilitativo di ripristino del movimento articolare e della potenza muscolare È necessario non bagnare la cicatrice per 10-15 giorni.



**Complicazioni:**

**Recidiva:** si può andare incontro a una recidiva in una percentuale che varia dal 10% al 90%. Tali recidive sono strettamente dipendenti dalla qualità del tessuto tendineo. I fattori di rischio più importanti, che aumentano la percentuale di recidiva, sono: età oltre i 65 anni, lesioni cronico-degenerative, ampia estensione della lesione

**Infezione;**

**Peggioramento dei sintomi** (dovuto al carattere evolutivo della malattia di base piuttosto che alla procedura chirurgica).

**Rigidità articolare**

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 propostomi potrebbero presentarsi 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](http://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 minorenne)

**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

