

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 **OSTEOTOMIA** _____

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'osteotomia può essere eseguita in tutte le articolazioni le più frequenti sono: Ginocchio, Anca,.

In riferimento al Ginocchio: in caso di rotula disallineata o danneggiata dall'artrite, l'osteotomia al ginocchio recide la tibia o il femore al fine di rimuovere la pressione dall'articolazione del ginocchio danneggiata.

Tipologia di intervento consiste in una frattura chirurgica nella parte superiore della tibia, o inferiore del femore, che viene sintetizzata (cioè "tenuta insieme") generalmente con una placca metallica e viti fino alla sua consolidazione. Questo permette di ottenere un asse femoro-tibiale più corretto perchè nella frattura appositamente creata viene **inserito un cuneo di osso** artificiale che, con delle specifiche angolazioni, va a raddrizzare l'arto. Si distinguono due tipologie differenti di osteotomia, a seconda della deformità da correggere nel ginocchio. In caso di varismo, che sovraccarica il compartimento mediale, il trattamento prevede una osteotomia alta di tibia ad effetto valgizzante (OAT). Se invece è presente valgismo, quindi con il coinvolgimento del compartimento laterale, si interviene con una osteotomia sovracondiloidea di femore ad effetto varizzante (OSF)

Per quanto concerne l'Anca : la cavità dell'anca viene rimodellata per allinearla meglio alla sfera dell'articolazione. Si dividono in acetabolari e femorali. Presupposto fondamentale per dare seguito all'intervento è l'assenza di una degenerazione articolare importante e la giovane età del paziente. Si tratta spesso di interventi non definitivi che hanno lo scopo di ridurre il dolore ed allontanare i tempi di un intervento protesico.



Rispetto all'Alluce: viene rimosso un segmento osseo per impedire all'alluce di ostacolare le altre dita dei piedi. L'intervento chirurgico consiste nella rimozione di una sezione ossea utilizzando una speciale sega chirurgica. I bordi dell'osso, una volta recisi, vengono fissati insieme per mezzo di elementi metallici o speciali innesti ossei. Per l'innesto osseo solitamente si preleva un segmento osseo dal bacino per fissarlo successivamente con degli elementi metallici.

In generale l'osteotomia è una procedura chirurgica utilizzata per riparare le articolazioni danneggiate per mezzo della recisione e della modificazione delle ossa. In relazione alla tipologia di frattura e di correzione necessaria viene utilizzata una tecnica differente che nel caso specifico mi è stata dettagliatamente illustrata .

Risultati e possibili complicazioni:

I risultati delle osteotomie di ginocchio eseguite con le corrette indicazioni sono buoni. È un intervento preventivo per l'artrosi e come tale è una sorta di "investimento" per la salute futura del ginocchio: crea dei fastidi iniziali – inevitabilmente legati al periodo di deambulazione con le stampelle – e dei possibili rischi legati all'operazione in sé, ma può permettere di evitare la protesi o quantomeno di allontanarla di molti anni.

Le possibili complicanze sono rappresentate da

- **rigidità dell'articolazione:** di solito il movimento viene recuperato in modo soddisfacente; in alcuni casi è necessario un re-intervento per la mobilizzazione articolare.
- **infezione post-chirurgica:** richiede una terapia medica antibiotica, controlli con esami del sangue e talora la rimozione della placca.
- **mancata consolidazione dell'osteotomia:** richiede un nuovo intervento di osteosintesi.
- **tromboembolia venosa:** come per ogni intervento chirurgico, c'è il rischio di tale patologia. La prevenzione avviene con la terapia medica anticoagulante (eparine a basso peso molecolare) e con esercizi che mantengono attiva la muscolatura.
- **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 bruciature. 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.

Potrebbe infine persistere il dolore per insufficiente correzione assiale o per marcato grado di degenerazione articolare. In questo caso si dovrà ricorrere alla protesi di ginocchio.

Il Percorso post operatorio

Il percorso post operatorio è piuttosto lungo poiché l'osso deve guarire e non può essere da subito caricato. Una caduta o una torsione alla gamba durante i primi due mesi dopo l'intervento chirurgico possono compromettere la guarigione. I pazienti devono essere estremamente cauti durante tutte le attività, anche nella camminata, fino alla completa guarigione.



- 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 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

