

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 **OSTEOSINTESI ROTULEA**

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'articolazione del ginocchio è composta da tre ossa: **femore, tibia e rotula**. Quest'ultima, a causa della sua collocazione, è quella che corre un maggior rischio di frattura in caso di trauma. Un infortunio serio che può limitare se non impedire i movimenti.

Le fratture possono essere La frattura può essere **trasversale**, con una linea che scorre orizzontalmente sulla parte anteriore dell'osso; **comminuta**, ovvero pluriframmentaria, come fosse una stella, con un punto centrale d'impatto e le rime di frattura che vi si irradiano sulla superficie; **longitudinale**, che però si verifica più raramente. La frattura poi può essere **composta**, quando i frammenti ossei restano in contatto o si presentano distanziati di uno-due millimetri, oppure **scomposta**, quando il contatto tra i frammenti ossei si perde. La frattura inoltre può presentarsi con una lesione cutanea, la presenza di gonfiore e un significativo versamento di sangue all'interno.

Cause

La rotula può fratturarsi in caso di caduta sulla parte anteriore del ginocchio, magari piegato, come può capitare mentre si fanno le scale; un altro esempio è quello del cosiddetto trauma da cruscotto, quando durante un incidente stradale il guidatore sbatte il ginocchio piegato contro la struttura interna dell'auto, fratturando così la rotula. **Sintomi**

L'indicazione all'intervento chirurgico di osteotomia: Alla luce dei risultati della radiografia, si decide come procedere in termini di trattamento. "In genere, si interviene con la **chirurgia**, in particolare quando la frattura della rotula è completa e dunque interessa tutto lo spessore dell'osso. Occorre sottolineare che alla rotula si congiungono i tendini rotuleo e quadricipitale, che compongono l'**apparato estensore del ginocchio**. Questo porta in alto il frammento osseo prossimale mentre quello distale resta fissato alla tibia grazie al legamento rotuleo. Da qui deriva l'incapacità del soggetto a mantenere la posizione eretta", L'intervento chirurgico è indicato per le **fratture scomposte**, che sono le più frequenti. Dopo l'intervento, il medico farà in modo che il paziente possa con gradualità poggiare il peso corporeo sulla gamba interessata dalla frattura. "Saranno necessari almeno **due/tre mesi** per poter tornare alle attività quotidiane, per esempio per ricominciare a fare attività fisica".

Complicanze dei trattamenti chirurgici

Alla frattura della rotula possono anche associarsi **alcune complicanze**: "Potrà svilupparsi una forma di artrosi post-traumatica per l'interessamento della **cartilagine femoro-rotulea**, soprattutto se la frattura è pluriframmentaria. Inoltre, il paziente potrà andare incontro a una forma di dolore e infiammazione cronica, a rigidità, e avvertire **scrosci articolari**",



Infezioni.

Mancata consolidazione (la frattura non guarisce).

Lesioni nervose e vascolari.

Rigidità articolare.

- **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.

Recupero funzionale

Il recupero dell'articolari  dipende da diversi fattori:

Tipo di frattura.

Tipo di trattamento.

Et  del paziente.

La maggior parte dei pazienti sar  in grado di riprendere attivit  leggere come il nuoto o la corsa entro 1 o 3 mesi dalla guarigione della frattura. Attivit  pi  pesanti come lo sci, la bicicletta, il tennis o il calcio verranno consigliate dopo circa 3 o 6 mesi dall'infortunio. La maggior parte delle persone che riportano una frattura potrebbero non riuscire ad avere una guarigione completa, in base al tipo di frattura e trattamento potr  rimanere un grado di rigidit  e dolore tuttavia la rigidit    generalmente scarsa e non influenza in modo negativo il funzionamento complessivo del ginocchio.

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 sar  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 potr  essere interrotto o limitato per sopravvenuti motivi tecnici.

7) Sono stato informato sulle conseguenze temporanee e/o permanenti dipendenti dall'intervento, nonch  delle eventuali ripercussioni sull'attivit  lavorativa.

8) Sono al corrente delle scelte alternative terapeutiche.

9) L'intervento chirurgico sar  effettuato da il **Dr. ALESSANDRO MARIA PANTI** **Dr. ANTONELLO MARIA**

PANTI Insieme all'equipe chirurgica della struttura presso cui sar  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 sar  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 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

