

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 **RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI**

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'indicazione all'intervento chirurgico di rimozione dei mezzi di sintesi viene posta:

Per limitazione articolare importante e/o dolori,

al termine del trattamento per il quale i mezzi di sintesi sono stati posizionati

in caso di comparsa di complicanze durante il trattamento: mobilizzazioni e rotture dei mezzi di sintesi, infezioni ossee, pseudoartrosi settiche e asettiche, intolleranza/allergia ai materiali.

Nel primo caso il paziente è generalmente asintomatico; l'indicazione viene posta quindi per eliminare il rischio di rotture e mobilizzazioni. L'intervento è unico.

Nel caso di importanti limitazioni articolari se lo studio preoperatorio x immagine documenta la presenza di calcificazioni e/o fibrosi articolare viene associato l'intervento di artroliasi.

Nel secondo caso la rimozione dei mezzi di sintesi rappresenta la fase preliminare necessaria al successivo trattamento delle complicanze. I sintomi sono attribuibili all'instabilità del mezzo di sintesi: aumento del dolore, deformità e dismetria dell'arto, motilità anomala a livello osseo, zoppia nella camminata, arrossamenti, gonfiori, eritema, febbre.

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.



- Esami delle urine. Le persone con patologie urologiche o di frequenti infezioni urinarie potrebbero essere sottoposte ad una valutazione urologica prima dell'intervento chirurgico.

Descrizione Intervento

L'intervento viene eseguito con le procedure anestesologiche consigliate dal medico anestesista e concordate con il medico ortopedico e il paziente.

L'intervento chirurgico può prevedere il posizionamento di un laccio emostatico all'arto al fine di mantenere un'ischemia transitoria e migliorare la visualizzazione operatoria.

L'incisione cutanea viene eseguita generalmente sulle cicatrici delle pregresse incisioni chirurgiche; in presenza di complicanze, l'incisione chirurgica può essere ampliata per semplificare la rimozione o in una sede differente come spesso accade in caso di artrosi.

Vengono sezionati il sottocute e la fascia muscolare; si giunge sul piano osseo per via diretta attraverso le parti molli o per via smussa negli interstizi muscolari.

Il controllo radiografico intraoperatorio (con amplificatore di brillantezza) permette di verificare la posizione del mezzo di sintesi e agevolarne la rimozione. Per ciascun mezzo di sintesi è necessario disporre dello strumentario dedicato alla sua rimozione.

Nel caso di mezzi di sintesi esterni, non è necessaria alcuna incisione cutanea, in quanto gli elementi di presa sull'osso (fili e viti) vengono semplicemente svitati e sfilati dall'esterno.

A termine intervento, viene rilasciato il laccio emostatico quando presente e eseguita una medicazione compressiva sulla ferita chirurgica.

Decorso Post Operatorio

Al termine dell'intervento e prima del trasporto del paziente nel reparto di degenza vengono monitorizzati i parametri vitali, la temperatura corporea, la circolazione, la motricità e la sensibilità periferiche, il dolore e gli eventuali sanguinamenti dalla ferita chirurgica.

Il paziente viene mantenuto in regime di ricovero per il tempo ritenuto necessario a seconda del mezzo di sintesi rimosso.

L'arto viene mantenuto in posizione antigravitaria al fine di prevenire l'edema postoperatorio e precocemente mobilizzato al fine di prevenire le complicanze tromboemboliche.

Il paziente, in relazione al tipo di anestesia e alle condizioni generali, può deambulare dalla I giornata; se l'intervento riguarda gli arti inferiori, senza appoggio sul lato operato, con ausili e con assistenza fisioterapica.

Vengono proseguite le terapie antibiotica e quella antitromboembolica.

Complicazioni

Come per tutti gli interventi chirurgici possono esserci delle complicazioni, ma in questo caso sono rare e più spesso transitorie (ovvero si risolvono in pochi giorni, al massimo qualche settimana). Le complicazioni possono essere:

Ridotta formazione del callo osseo (dovuta a pregresse malattie e avanzati livelli di osteoporosi)

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

Intolleranza mezzi di sintesi

Infezioni superficiali e profonde,

Possibile recidiva delle calcificazioni e della fibrosi,

Ematomi,

Trombosi venose profonde ed embolie,

Lesioni vascolari,

Sindromi compartimentali,

Lesioni nervose,

Sindromi algodistrofiche

Complicanze cutanee (retrazioni cicatriziali, cheloidi, deiscenze),

Fratture secondarie,

Rotture dei mezzi di sintesi,

Mancata rimozione dei mezzi di sintesi (parziale o totale),

Recupero incompleto della escursione articolare,

Instabilità articolare specie se già presente.



- **Infezione della ferita** le cause per cui una ferita può infettarsi sono molteplici, in primis il fattore igienico e di cura della stessa, tale complicità 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, gonfiore, formazione di ematoma, 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.

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 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

