

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** _____

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:

Molte fratture periprotetiche avvengono attorno allo stelo di una protesi di anca. Le fratture dell'acetabolo sono molto più rare. La frattura della protesi, meglio dell'osso attorno alla protesi, avviene a livello dello stelo femorale.

Le fratture possono essere

1. Tipo A: sono le fratture che interessano le regioni trocanteriche, Ag (grande trocantere) e Al (piccolo trocantere), e sono generalmente stabili. 2. Tipo B: fratture che avvengono intorno allo stelo o subito sotto a questo, ed a loro volta possono essere sottoclassificate in B1 quando lo stelo è stabile ed il bone-stock adeguato, in B2 quando lo stelo è instabile ed il bone stock adeguato ed in B3 quando lo stelo è instabile ed il bone stock inadeguato. 3. Tipo C: fratture che avvengono distali allo stelo, talmente distali che talvolta possono essere considerate e trattate come fratture diafisarie convenzionali.

Cause

I fattori di rischio di una frattura periprotetica post-operatoria possono essere: 1. Generali, come l'osteoporosi o le patologie neurologiche che alterano lo schema deambulatorio e provocano delle cadute accidentali. 2. Locali, come la mobilizzazione dello stelo femorale, l'osteolisi periprotetica, o i difetti corticali iatrogeni. Quest'ultimi possono essere accidentali come delle microfratture o, volontari come le finestre ossee talvolta eseguite nei reimpianti protesici che sono sicuramente utili per la rimozione del cemento, ma che provocano un indebolimento osseo dove la frattura può avvenire più facilmente. 3. I fattori di rischio, infine, possono essere anche "ambientali" come i tappeti o gli animali domestici che possono causare dei traumi di modesta entità ma sufficienti a provocare una frattura periprotetica. È bene ricordare inoltre che molte volte sono presenti due o più dei fattori di rischio sopra elencati ed allora la frattura può avvenire anche per traumi modestissimi o addirittura essere spontanea.

Sintomi

Oltre al dolore, i sintomi di una frattura periprotetica includono gonfiore e difficoltà nella deambulazione.



L'indicazione all'intervento chirurgico di OSTEOSINTESI:

Se si decide di procedere con l'intervento chirurgico, di solito la frattura viene ridotta e stabilizzata con una placca e delle viti (osteosintesi), . Dopodiché si procede con la riabilitazione.

I tempi di recupero sono più veloci rispetto a quelli del trattamento conservativo ma, anche qui, non si può dare una risposta valida per tutti.

Chi pratica sport di contatto dovrà avere un po' di pazienza prima di tornare a fare attività e attendere che la guarigione sia completa e la sintomatologia scomparsa. Ci sono invece sport che possono essere praticati durante il recupero, come il ciclismo. Ma ricorda che è sempre bene attenerti alle indicazioni dell'ortopedico.

Esistono diverse opzioni di trattamento per questo tipo di fratture e la scelta dipende da molti fattori alcuni dei quali, i più importanti, sono:

Tipo di frattura (composta, scomposta, articolare ,extra-articolare esposta o chiusa).

Condizioni cliniche generali di un paziente.

Se la frattura è scomposta è necessario riallineare i frammenti per ricostituire un'anatomia dell'osso normale per ridurre al minimo le complicanze legate ad una guarigione scorretta. Per riduzione intendiamo una manovra che porti a riallineare i frammenti di una frattura. Quando questo si ottiene senza intervenire chirurgicamente si parla di riduzione chiusa o incruenta. Una volta eseguita la riduzione incruenta e confezionato l'apparecchio gessato sarà eseguito un controllo radiografico per valutare la buona composizione dei monconi di frattura. Non è escluso che, se il gesso non fosse in grado di mantenere una riduzione ottimale nel tempo di guarigione, il medico consigli di effettuare un trattamento chirurgico per ridurre la frattura. Accade a volte che la frattura è molto scomposta o instabile o interessa in modo ampio la superficie articolare in questi casi il trattamento con apparecchio gessato non sarebbe in grado di ricostruire la normale anatomia che avevate prima della frattura, il medico vi proporrà quindi un intervento chirurgico.

Esistono diverse opzioni di trattamento chirurgico:

- Placche e viti.
- Cerchiaggio
- Revisione

La scelta del tipo di intervento chirurgico dipende:

- Dal tipo di frattura.
- Dalle condizioni della cute e dei tessuti molli.
- Dalle condizioni generali del paziente.
- Dall'esperienza del Chirurgo.

La placca è l'unico mezzo di sintesi che stabilizza i frammenti anche nel senso rotatorio.

Complicanze dei trattamenti chirurgici

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 bruciate.



Recupero funzionale

Considerando l'ampia varietà di trattamento per le fratture periprotetichesche, il recupero dell'articolazione dipende da diversi fattori:

Tipo di frattura.

Tipo di trattamento.

Età del paziente.

Eventuali complicanze (vedi complicanze dei trattamenti non chirurgici e chirurgici).

La maggior parte dei pazienti sarà in grado di riprendere attività leggere come il nuoto o la corsa entro 1 o 2 mesi dalla guarigione della frattura. Attività più pesanti come lo sci, la bicicletta, il tennis o il calcio verranno consigliate dopo circa 3 o 6 mesi dall'incidento. La maggior parte delle persone che riportano una frattura di clavicola non riusciranno ad avere una guarigione completa, in base al tipo di frattura e trattamento potrà rimanere un grado di rigidità e dolore tuttavia la rigidità è generalmente scarsa e non influenza in modo negativo il funzionamento complessivo dell'articolazione

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 sottoponesse/sse all'intervento chirurgico propostomi, possono sopraggiungere rischi e svantaggi per il mio/suo stato di salute:

11) Qualora mi sottoponesse/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 Panti**
- 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

