



Dichiarazione di Consenso Informato ad Intervento

del Sig./Sig.ra _____

o per conto di _____ perchè

minorenne , *inabile*

Dichiaro di essere a conoscenza dello stato di malattia,

MALATTIA DI DE QUERVAIN (TENOSINOVITE STENOSANTE DELL'ABDUTTORE LUNGO E DELL'ESTENSORE BREVE DEL POLLICE)

Mi è stato proposto dal **dott.** _____

TENOLISI CON APERTURA DEL 1° CANALE DORSALE DEL CARPO

Mi è stata chiaramente spiegata l'effettiva portata di tale intervento con le difficoltà ad esso legate, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili, i prevedibili vantaggi ed i rischi connessi, sia in confronto ad altri tipi di terapia che in caso di astensione dall'intervento in oggetto.

Mi sono state illustrate le caratteristiche etiopatogenetiche della malattia ed il suo carattere ingravescente, con dolore localizzato elettivamente a livello della stiloide radiale ed irradiato al 1° dito con progressiva limitazione funzionale di quest'ultimo. Tali sintomi sono causati dal difficoltoso scorrimento dei tendini abduktore lungo ed estensore breve del 1° dito all'interno della guaina comune che li contiene, per fenomeni flogistici, reumatici o postraumatici. Sono stato ampiamente informato che le terapie mediche e fisiche non sono sufficienti a limitare l'evoluzione della malattia e che pertanto l'intervento chirurgico rappresenta il trattamento di elezione. L'intervento consiste nella apertura del 1° canale dorsale del carpo sezionando la guaina che contiene i tendini sopra citati al fine di decomprimerli e di ripristinare il loro scorrimento.

Mi è stato comunque chiaramente spiegato che l'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età, il grado delle lesioni tendinee, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l'osservanza dei consigli postoperatori. e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non è possibile prevedere con esattezza il risultato finale dell'intervento. Tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione, che può andare da poche settimane nelle persone giovani ed in buone condizioni a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, etc.).

Mi sono state elencate le complicanze generali possibili in ogni intervento eseguito in anestesia locale quali crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive o ipertensive, fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate.

Le complicanze locali relative a questo specifico intervento sono rappresentate dal dolore, eccessivo sanguinamento con successivo ematoma, lesioni del ramo sensitivo del nervo radiale con successive alterazioni della sensibilità (parestesie, ipoestesie o anestesie) sul dorso del 1° dito, lesioni dei tendini sopra citati, strutture direttamente interessate dall'intervento.

Esiste inoltre la possibilità di formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva rigidità del polso e del 1° dito e recidiva della sintomatologia presentata prima dell'intervento.

Sono inoltre possibili complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita

chirurgica e conseguente allungamento dei tempi di guarigione.

Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze postoperatorie, seppur chiaramente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

Va inoltre ricordata l'importanza di una appropriata rieducazione funzionale postoperatoria, senza la quale sono possibili residue rigidità del polso e del 1° dito e diminuzione della forza di prensione. Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso postoperatorio menzionando la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato ed il protocollo riabilitativo.

Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (anestetici locali, profilassi **antibiotica** e terapia **antidolorifica**).

Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico accettando il rischio delle complicazioni che mi sono state prospettate unitamente al rischio generico derivante dalla complessità del tipo di chirurgia.

Manifesto piena fiducia nei chirurghi ortopedici che eseguiranno l'intervento.

Durante i colloqui con il personale medico sono stato adeguatamente informato sulle percentuali di insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento; autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi previsti.

Ho ricevuto dal medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione dell'intervento ed ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da acconsentire meditatamente.

Dichiaro di essere pienamente cosciente, di avere letto attentamente il documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

NOTE:

Data

Firma del Medico

Firma del Paziente



Materiale informativo fornito da:
SICOOP – Società Italiana Chirurghi Ortopedici dell'Ospedalità Privata