



# 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,

## **INSTABILITA' DI SPALLA**

Mi è stato proposto dal **dott.** \_\_\_\_\_

## **STABILIZZAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE SCAPOLO-OMERALE**

Mi sono state illustrate le motivazioni che rendono preferibile tale tipo di intervento rispetto alle altre scelte terapeutiche: sono consapevole che per le caratteristiche della mia patologia gli eventuali trattamenti alternativi (medici e chirurgici) non si presentano altrettanto efficaci, mentre la ricostruzione del complesso capsulo-labrale anteriore offre maggiori garanzie di ottenere miglioramenti della sintomatologia dolorosa e della sensazione di instabilità avvertita dal paziente (apprensione, sublussazione o lussazione anteriore completa recidivante)

Mi è stato comunque chiaramente spiegato che l'esito di tale intervento è frutto di numerose variabili quali il tipo di lesione capsulo-labrale e la qualità del tessuto residuo e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non è possibile prevedere con esattezza il grado di ripresa funzionale dell'articolazione(motilità attiva e passiva).

Sono a conoscenza dei rischi di complicanze infettive, vascolari e neurologiche per interessamento dell'arteria ascellare e dei rami del plesso brachiale, dei rischi cardiorespiratori ischemici ed embolici come possibili conseguenze di un intervento chirurgico ortopedico, rischi tanto più elevati proporzionalmente all'aumentare dell'età del Paziente.

Esiste la possibilità di complicanze infettive superficiali e profonde (1-2 per cento) con deiscenza delle suture e possibile secrezione dalla ferita chirurgica che allunga i tempi di guarigione.

Va inoltre considerata la possibilità di una persistente rigidità della spalla, di dolore spesso protratto per qualche mese e dell'eventuale recidiva della instabilità , con necessità di una nuova revisione chirurgica.

I tempi ed il grado di recupero dell'autonomia funzionale risultano comunque connessi a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione dell'intervento (condizioni generali antecedenti, risposta all'intervento,possibilità rieducative).

Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso post-operatorio menzionando la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato, la durata dell'immobilizzazione ed il protocollo riabilitativo.

Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (profilassi **antibiotica** ed antitromboembolica) e della possibilità, peraltro assai remota in questo tipo di intervento, di essere sottoposto ad emotrasfusioni.

Mi è stato inoltre consegnato un opuscolo fornito di ulteriori informazioni relative alla patologia, all'intervento ed al protocollo riabilitativo.

**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 e negli Anestesisti 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 SPECIFICHE PER LA TECNICA UTILIZZATA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data

Firma del Medico

Firma del Paziente

---

---



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