



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,

PIEDE PIATTO

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

CORREZIONE CHIRURGICA

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.

Sono consapevole che la mia patologia osteoarticolare presenta caratteristiche di cronicità ed un decorso peggiorativo; so che la malattia si trova in una fase di significativa gravità clinica e radiografica e che non esistono trattamenti farmacologici, fisici o ortesici altrettanto efficaci in alternativa alla soluzione chirurgica propostami, per la risoluzione del dolore, la correzione della deformità ed il ripristino di un equilibrio funzionale valido e duraturo nel tempo.

So che il risultato clinico è comunque influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, l'esito complessivo non sempre risulta esattamente prevedibile.

Mi è stato chiaramente illustrato che con il termine di Piede Piatto si intende una condizione di dismorfismo caratterizzata dall'abnorme abbassamento o dall'assenza della volta plantare; in esso si verifica una deformità in valgismo del calcagno associata ad una caduta in direzione plantare e mediale della testa dell'astragalo.

E' opinione comunemente accettata che nella primissima infanzia la grande maggioranza dei bambini abbia un piattismo del piede dovuto sia alla presenza di abbondante tessuto adiposo sottocutaneo a livello dell'arco plantare sia all'elevata elasticità legamentosa propria di quest'età. La formazione della volta plantare si completa entro i 4 anni ed è solo dopo tale età che il piattismo idiopatico può considerarsi patologico. L'esperienza ha dimostrato come sia spesso insufficiente il trattamento ortesico del piede piatto lasso, anche quando associato a trattamento fisiokinesiterapico: la loro funzione sarebbe pertanto quella di limitare il peggioramento fino alla naturale stabilizzazione della deformità.

Pertanto, quando dopo un adeguato periodo di trattamento incruento di circa 3 anni, il piede risulta sintomatico o con grado di piattismo elevato, l'intervento chirurgico deve essere tempestivo per una buona funzione statica e dinamica.

L'applicazione di una endortesi senotarsica e il calcaneo stop, rappresentano attualmente gli

interventi maggiormente impiegati, anche a tempi complementari (come ad esempio l'allungamento del tendine d'Achille) in età di accrescimento.

Si prefigge il riposizionamento dell'astragalo sul calcagno ed il mantenimento del nuovo assetto articolare in posizione di correzione al fine di consentire nel tempo il rimodellamento osseo secondo le linee fisiologiche di accrescimento.

Sono a conoscenza dei rischi di complicanze infettive, vascolari nonché della possibilità di intolleranza meccanica all'endortesi. Quest'ultima, se ben tollerata, non necessita di rimozione prima dei 2 anni di trattamento.

Mi sono stati illustrati con chiarezza la tecnica operatoria scelta tra le numerose impiegabili per la mia patologia, il normale decorso post-operatorio, i tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale ed al conseguimento della autonomia deambulatoria.

Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (profilassi antitromboembolica ed antibiotica).

Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico accettando il rischio delle complicanze che mi sono state prospettate unitamente ai rischi chirurgici generici.

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

Durante i colloqui con il personale medico sono stato adeguatamente informato sulle percentuali d'insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento.

Ho avuto il tempo necessario per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da acconsentire meditatamente. Autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi previsti.

Dichiaro di essere pienamente cosciente, di aver 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