



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,

INTOLLERANZA AI MEZZI DI SINTESI

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

RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI

Mi è stato chiaramente spiegato che tale intervento è necessario per la risoluzione dei disturbi legati alla presenza del mezzo di sintesi precedentemente impiantato. Mi è stato riferito che nell'ambito dell'intervento possono verificarsi difficoltà nell'estrazione legate all'incarceramento del mezzo di sintesi. Tali difficoltà possono comportare la mancata estrazione o la rimozione parziale del mezzo di sintesi e, in alcuni casi il verificarsi di fratture iatrogene che potrebbero richiedere un successivo trattamento chirurgico o conservativo. Sono edotto su complicanze settiche, flogistiche ed emorragiche. Sono a conoscenza di eventuali rischi tromboembolici. Mi è stato indicato con chiarezza il normale decorso post-operatorio, menzionando la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento e di tempi del progressivo recupero funzionale. Sono a conoscenza delle possibilità di trattamenti farmacologici, antibiotici ed antitromboembolici sia in profilassi, che in terapia e della possibilità di eventuali emotrasfusioni legate comunque sempre al controllo dei valori ematici.

Dichiaro di autorizzare il trattamento chirurgico accettando il rischio delle complicazioni che mi sono state prospettate unitamente al rischio generico di una chirurgia in una regione anatomica alterata dalla patologia in oggetto. 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; autorizzo fin da ora gli eventuali interventi alternativi previsti.

Ho ricevuto dal medico proponente le spiegazioni richieste per la piena comprensione 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