



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,

MORBO DI DUPUYTREN

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

APONEURECTOMIA PALMARE E DIGITALE

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 progressivamente ingravescente, con graduale deformità in flessione delle dita e conseguente limitazione funzionale. Sono stato ampiamente informato che le terapie mediche e fisiche non sono assolutamente sufficienti a limitare l'evoluzione della malattia e pertanto l'intervento chirurgico rappresenta il trattamento di elezione. L'intervento consiste nella asportazione della aponeurosi palmare retratta e delle formazioni fibrose (noduli e cordoni) di uno o più raggi con correzione parziale o totale delle deformità in flessione e delle rigidità, per il ripristino di una migliore funzione articolare.

Mi è stato comunque chiaramente spiegato che l'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età, il grado originario della lesione, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l'osservanza dei consigli postoperatori; 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, epilessia, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, etc.).

Sono pertanto a conoscenza che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non è possibile prevedere con esattezza il grado di ripresa funzionale (motilità attiva e passiva delle dita).

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, formazione di aderenze fra i vari piani anatomici con successiva rigidità, lesione dei fasci vascolo-nervosi e dei tendini flessori delle dita, strutture queste strettamente adese all'aponeurosi palmare da asportare chirurgicamente in una regione anatomicamente alterata dalla patologia in oggetto. Vi è pertanto la possibilità di necrosi di lembi cutanei con successiva necessità di innesti o trapianti e di alterazioni della sensibilità con zone di ipoestesia ed anestesia in regione palmare e digitale. Tali fenomeni, nei casi di più avanzata gravità della malattia, possono condurre anche all'amputazione di segmenti digitali.

Esiste inoltre la possibilità di complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica ed allungamento dei tempi di guarigione.

Va quindi considerata la possibilità di una persistente rigidità delle dita e dell'eventuale recidiva della malattia nella zona operata o di una sua estensione in zone non trattate, con necessità di una nuova revisione

chirurgica, soprattutto nel caso non venga eseguita un'adeguata rieducazione funzionale postoperatoria. Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze postoperatorie, seppur chiaramente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

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.

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