



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,

METATARSALGIA PER NEUROMA DI MORTON

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

ASPORTAZIONE NEUROMA

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 presenta caratteristiche di cronicità; so che la malattia si trova in una fase di avanzata gravità clinica e che non esistono trattamenti farmacologici o fisici altrettanto efficaci per la risoluzione del dolore in alternativa alla soluzione chirurgica propostami.

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

I tempi ed il grado di recupero funzionale possono inoltre essere influenzati da patologie preesistenti quali in particolare il diabete e le vasculopatie periferiche.

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.

Nell'ambito di una corretta ed adeguata informazione al paziente mi sono state inoltre menzionate possibili complicanze postoperatorie; si tratta di evenienze che, pur ampiamente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

- **MARCATO E PERSISTENTE GONFIORE DEL PIEDE:** è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo mantenendo l'arto in posizione di scarico.
- **FLEBOTROMBOSI DELLA GAMBA:** è una infiammazione delle vene della gamba operata che si manifesta con voluminoso gonfiore del piede e della gamba stessa, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per minimizzare i rischi di tale complicanza viene prescritta una profilassi a base di eparina la quale andrà scrupolosamente eseguita dopo la dimissione.
- **EMBOLIA POLMONARE:** è il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della complicanza precedente, trombo che giunge ai polmoni determinando dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. E' un'evenienza pericolosa che obbliga ad un ricovero immediato in un reparto internistico. Per prevenire questa complicanza valgono le norme preventive della flebotrombosi.
- **RITARDO DI CICATRIZZAZIONE DELLA FERITA:** può essere sostenuto da alterazioni della circolazione locale ed in base a ciò può presentare diverse forme di gravità clinica, da semplici discromie con ipertrofia della cicatrice fino a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può essere favorita da

patologie generali preesistenti quali il diabete e le vasculopatie periferiche.

- INFEZIONE DELLA FERITA: provocate da fenomeni di colonizzazione batterica, possono interessare i tessuti molli circostanti la ferita chirurgica o interessare il tessuto osseo.
- PERSISTENZA DI DOLORI DI TIPO URENTE (BRUCIORE) CON PERDITA PARZIALE DI SENSIBILITA' DELLE DITA DEL PIEDE: possono essere provocate da residua alterazioni della funzionalità delle terminazioni nervose sensitive interdigitali; durante l'intervento chirurgico, in base alla localizzazione ed all'aspetto della neoformazione (neuroma), risulta infatti spesso necessario asportare un segmento di tali terminazioni nervose. I disturbi che ne conseguono sono tuttavia modesti e transitori.

Mi sono stati illustrati con chiarezza la tecnica operatoria scelta tra le numerose impiegabili per la mia patologia, il normale decorso postoperatorio, i tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale ed al conseguimento della autonomia deambulatoria, la necessità di deambulare temporaneamente con scarpa per scarico di avampiede.

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

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