



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,

CONFLITTO SUB ACROMIALE CON LESIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

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

ACROMIONPLASTICA E SUTURA CUFFIA DEI ROTATORI

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 revisione chirurgica dello spazio subacromiale e della cuffia dei rotatori, con decompressione dello spazio ed eventuale riparazione della cuffia stessa, offre maggiori garanzie di ottenere miglioramenti della sintomatologia dolorosa con un recupero funzionale più rapido.

L'intervento può essere eseguito in artroscopia, praticando più accessi di circa 1 cm attraverso i quali si introducono la telecamera artroscopica e lo strumentario dedicato.

E' possibile che all'atto dell'artroscopia possano essere riscontrate condizioni anche difformi rispetto a quanto diagnosticato mediante gli accertamenti non invasivi precedentemente praticati.

In questi casi è verosimile che le procedure chirurgico-terapeutiche proposte nel presente documento possano subire variazioni rispetto a quanto preventivato.

In particolare potrebbero evidenziarsi altre patologie associate per le quali esiste l'indicazione ad un trattamento complementare immediato: lesioni condrali, pliche sinoviali, lesioni del CLB o del cerchio glenoideo.

Sono stato informato dell'eventualità di dover eseguire una piccola incisione esterna di circa 3-4 cm. (mini-open), per poter riparare e reinserire i tendini della cuffia dei rotatori lesi.

Sono stato informato anche sulla possibilità che l'intervento, iniziato in artroscopia, possa essere concluso in artrotomia (mini-open) se le caratteristiche della lesione lo rendano necessario.

Vengono al contrario esplicitamente esclusi estensioni del trattamento che non rivestono caratteri di urgenza e che diversamente da quanto concordato, comporterebbero una variazione significativa nei tempi e nelle modalità del decorso post-operatorio.

Mi è stato comunque chiaramente spiegato che l'esito di tale intervento è frutto di numerose variabili quali il tipo di lesione della cuffia eventualmente presente e la qualità del tessuto tendineo stesso 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), di rigidità della spalla, di dolore spesso protratto per qualche mese e dell'eventuale recidiva della rottura della cuffia, con necessità di una nuova revisione chirurgica.

Esiste inoltre la possibilità di mobilizzazione delle ancorette metalliche 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 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.

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 spiegazione 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