



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,

SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

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

SINDESMOTOMIA CARPALE CON LIBERAZIONE DEL NERVO MEDIANO.

L'intervento consiste nella sezione del legamento trasverso del carpo, responsabile etiopatogeneticamente della malattia con compressione diretta sul nervo mediano al canale carpace.

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.

Sono consapevole che la mia patologia presenta caratteristiche di cronicità ed un decorso evolutivo in senso peggiorativo; so che la malattia si trova in una fase di avanzata gravità clinica e che non esistono trattamenti farmacologici e fisici altrettanto efficaci in alternativa alla soluzione chirurgica propostami, per la risoluzione del dolore e delle alterazioni sensitive e motorie legate alla sofferenza del nervo mediano al canale carpace.

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 l'entità della ripresa funzionale del nervo mediano.

In particolare mi è stato chiaramente spiegato che l'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età, il grado originario della lesione del nervo, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e 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.).

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 da dolore, eccessivo

sanguinamento con successivo ematoma, lesione del nervo mediano o di alcune sue diramazioni.

Esiste inoltre la possibilità di formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva rigidità del polso e delle dita e recidiva della sintomatologia presentata prima dell'intervento; queste complicanze possono comportare la necessità di ulteriori interventi di revisione. Sono inoltre possibili complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica ed allungamento dei tempi di guarigione.

Va inoltre ricordata l'importanza di una appropriata rieducazione funzionale postoperatoria, senza la quale sono possibili residue rigidità del polso e delle dita con calo della forza prensile.

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 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 (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