

## ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023  
Pag. 1/ 5

### DATI RELATIVI AL/ALLA PAZIENTE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

visitato presso l'ambulatorio di \_\_\_\_\_

in qualità di:  paziente  (specificare rapporto in relazione al pz) \_\_\_\_\_

del paziente \_\_\_\_\_

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso

IN PIENA CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI ESSERE STATO ESAURIENTEMENTE INFORMATO/A SULLA NATURA, EVOLUZIONE E COMPLICANZE DELL'INFERMITÀ DI CUI SONO/DI CUI È AFFETTO/A:

**1) DIAGNOSI** \_\_\_\_\_

**2) In particolare nel corso dei colloqui** intercorsi con il  Dr ALESSANDRO MARIA PANTI  Dr ANTONELLO MARIA PANTI

sono stato informato che per il suddetto processo morboso per il quale dovrò/dovrà essere ricoverato/a è indicato un intervento chirurgico di  CHIRURGIA PERCUTANEA MININVASIVA del PIEDE  ALTRO \_\_\_\_\_

anestesia proposta \_\_\_\_\_ la cui scelta definitiva sarà operata a giudizio del medico anestesista competente, che effettuerà la visita in prericovero.

**3) Mi è stato spiegato quanto segue** secondo la procedura in vigore presso questa Società:

Ogni deformità del piede viene attentamente studiata attraverso un esame clinico morfologico e funzionale, oltre che strumentale, allo scopo di proporre la migliore strategia chirurgica. Per ogni tipo di intervento, a seconda dell'estensione della correzione viene organizzato un trattamento chirurgico diverso.

#### Preparazione all'intervento

- **Valutazione medica (prericovero):** viene programmato un esame fisico completo con l'anestesista (prericovero) prima dell'operazione. Questo è necessario per assicurarsi che sussistano le condizioni di salute generale per affrontare l'intervento chirurgico e per completare il processo di recupero. Molti pazienti con patologie croniche, ad esempio le malattie cardiache, possono necessitare di una valutazione dello specialista cardiologo prima della chirurgia. Durante il prericovero potranno essere eseguite radiografie necessarie per pianificare l'intervento chirurgico.
- **Accertamenti** come gli esami del sangue e delle urine e un elettrocardiogramma possono essere necessari per aiutare il chirurgo ortopedico nel pianificare il vostro intervento chirurgico.
- **Farmaci:** informi il chirurgo ortopedico durante la visita e in seguito l'anestesista durante il prericovero circa i farmaci che sta assumendo; le sarà comunicato per quali farmaci sarà necessario interrompere l'assunzione e quali potranno essere assunti prima dell'intervento chirurgico.
- **Esami delle urine:** i pazienti con patologie urologiche o affetti da frequenti infezioni urinarie potrebbero essere sottoposti ad una valutazione urologica prima dell'intervento chirurgico.



## ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023  
Pag. 2/ 5

### Intervento chirurgico

#### **ALLUCE VALGO/VARO, DITA A MARTELLO/ARTIGLIO, V DITO VARO, METATARSALGIA, PIEDE CAVO**

La tecnica chirurgica adottata è la mininvasiva in percutanea del piede che prevede interventi di osteotomia (singola o multiple) per correggere le deformità. Per il piede cavo, nei casi avanzati con deformità rigida, è necessario ricorrere ad interventi di artrodesi.

#### **PIEDE PIATTO**

Per la correzione del piede piatto vengono applicate tecniche diverse in base all'età del paziente:

1. durante l'accrescimento viene eseguito l'intervento di artrorisi dell'articolazione sottoastragalica con endortesi o con calcaneo-stop, entrambi prevedono l'inserimento di una vite;
2. ad accrescimento ultimato in caso di articolazione non artrosica viene eseguita una osteotomia di calcagno;
3. per il piede piatto artrosico inveterato vengono eseguite artrodesi correttive a livello della sottoastragalica o della mediotarsica.

Ciascun intervento richiede il disegno di una strategia clinica e riabilitativa diverso.

#### **ALLUCE RIGIDO**

I trattamenti chirurgici indicati per la patologia dell'alluce rigido sono strettamente correlati al grado di artrosi del paziente, all'età e al tipo di attività che svolge.

Si parte con il valutare la semplice rimozione delle esostosi (cheilectomia) per passare alle più complesse procedure di decompressione dell'articolazione con osteotomie.

Tra i trattamenti chirurgici, la chirurgia mininvasiva in percutanea garantisce ottimi risultati quando è valutata come trattamento di elezione dallo specialista al momento della visita e dopo aver effettuato i dovuti accertamenti radiologici.

Nei casi gravi, il chirurgo del piede può valutare anche l'impiego di protesi articolari e/o artrodesi metatarso-falangea dell'alluce.

#### **Complicazioni**

Come per tutti gli interventi chirurgici possono insorgere delle complicazioni ma nei casi di chirurgia del piede sono rare e più spesso transitorie (ovvero si risolvono in pochi giorni, al massimo qualche settimana). Le complicazioni possono essere:

- Infezione;
- Ridotta formazione del callo osseo (dovuta a pregresse malattie e avanzati livelli di osteoporosi)
- Peggioramento dei sintomi (dovuto al carattere evolutivo della malattia di base piuttosto che alla procedura chirurgica);
- Intolleranza ai mezzi di sintesi.

La correzione delle deformità del piede tramite chirurgia miniinvasiva è ben tollerata dal paziente con tempi di degenza ospedaliera ridotti rispetto ad un intervento con tecniche "Open". Nell'immediato post-operatorio il paziente può presentare dolore che viene gestito efficacemente con un'adeguata terapia antalgica.

In associazione al dolore si può presentare un rigonfiamento transitorio della zona operata.

- **Infezione della ferita** le cause per cui una ferita può infettarsi sono molteplici, in primis il fattore igienico e di cura della stessa, tale complicanza se non trattata tempestivamente può dar luogo a complicazioni più gravi quali l'infezione protesica. Talvolta può risultare difficoltosa la cura alla luce di falsi esiti negativi dei Tamponi Colturali effettuati, per i quali la letteratura scientifica si esprime affermando che "La negatività dell'esame colturale non esclude diagnosi di infezione, mentre la positività significativa potrebbe assumere valore diagnostico anche in assenza di un quadro fortemente flogistico all'esame chimico fisico"



## ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023  
Pag. 3/ 5

- **Dolore ingravescente localizzato o esteso a riposo e/o sotto carico, gonfiore, formazione di ematoma perdita della sensibilità parziale o estesa dell'arto operato, insorgenza di febbre**, tali complicanze possono perdurare per qualche giorno o protrarsi per periodi più lunghi Fino a qualche mese
- **Reazione allergica a cerotti e/o materiale medicale**: una reazione allergica della pelle dovuta al contatto con sostanze chimiche o naturali, chiamate allergeni, in grado di stimolare una risposta immunologica. In seguito al contatto della cute con gli allergeni si sviluppa una reazione infiammatoria, pruriginosa della pelle, può provocare rash cutanei fino a vesciche o vere e proprie bruciate.

**La riabilitazione** del piede operato è molto più semplice di quella necessaria dopo altri tipi d'intervento; il paziente, secondo i casi, può camminare subito o al massimo 24 ore dopo l'intervento e recuperare completamente la mobilità articolare in 3-4 settimane.

Il tempo medio di degenza in ospedale è di una notte, massimo due. Un lavoro sedentario può essere ripreso mediamente dopo circa 3-4 settimane. I punti di sutura cadono spontaneamente. In generale la cicatrice è limitata ai soli accessi endoscopici. È necessario non bagnare le cicatrici per circa 15-20 giorni. Durante questo periodo è sconsigliato andare in piscina o fare il bagno. Solitamente si riprende la guida dopo 30 giorni dall'intervento.

- 4) Dichiaro di essere a conoscenza in quale misura le mie/sue condizioni generali di salute contribuiscono ad aumentare i rischi operatori, la valutazione definitiva dei quali sarà effettuata dall'anestesista prima dell'intervento chirurgico.
- 5) Sono al corrente che durante l'intervento chirurgico propostomi potrebbero presentarsi complicazioni tali da richiedere una modifica della tecnica operatoria, in tal caso autorizzo il chirurgo ad effettuare le modifiche a sua discrezione in scienza e coscienza.
- 6) Sono al corrente che l'intervento potrà essere interrotto o limitato per sopravvenuti motivi tecnici.
- 7) Sono stato informato sulle conseguenze temporanee e/o permanenti dipendenti dall'intervento, nonché sulle eventuali ripercussioni sull'attività lavorativa.
- 8) Sono al corrente delle scelte alternative terapeutiche.
- 9) L'intervento chirurgico sarà effettuato da: il  Dr **ALESSANDRO MARIA PANTI**  Dr **ANTONELLO MARIA PANTI** insieme all'equipe chirurgica della struttura presso cui sarò operato.
- 10) Qualora non mi/si sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propostomi, possono sopraggiungere rischi e svantaggi per il mio/suo stato di salute.
- 11) Qualora mi sottoponessi/sse all'intervento chirurgico propostomi sarà necessario effettuare i seguenti controlli post operatori:
  - a. **dopo 35/40 giorni** dall'intervento previa esecuzione delle radiografie di controllo indicate nella lettera di dimissione **salvo diverse specifiche indicazioni**

Preso atto di quanto sopra, dopo avere riflettuto sulle informazioni ricevute, consapevole del mio/suo stato di salute, acconsento a sottopormi/lo all'intervento chirurgico propostomi:

SI                       NO



## ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023  
Pag. 4/ 5

Non acconsento, pur essendo informato/a delle conseguenze che possono derivare dal mio rifiuto.  
Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

**Firma del/la paziente** \_\_\_\_\_  
(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

**Firma dei genitori o di chi esercita la tutela,** \_\_\_\_\_  
(verificata la loro identità in caso di pz minorenni)

**Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario** \_\_\_\_\_  
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

*Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica.*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

visitato presso l'ambulatorio di \_\_\_\_\_

in qualità di:

paziente

(specificare rapporto in rel. al pz) \_\_\_\_\_

del paziente \_\_\_\_\_

il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso



## ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023  
Pag. 5/ 5

IN PIENA CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE DICHIARO DI:

1. Aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati e Regolamento UE2016/679 pubblicata nel sito [www.orthocarestp.it](http://www.orthocarestp.it) e/o inviata tramite mail e di esprime il consenso al trattamento dei dati indicati al **punto 1)** ed il consenso alla comunicazione degli stessi secondo **le finalità indicate al punto 2) dell'informativa stessa.**
2. Aver preso visione, relativamente ai pazienti minorenni, di quanto precisato nella integrazione, dell'informativa.  
Garantisco e dichiaro sotto la mia responsabilità, così tenendo indenne il titolare da qualsivoglia responsabilità al riguardo, la veridicità di quanto esplicitato nei **punti a) e b) dell'Integrazione sopra richiamata.**
3. Di aver sottoscritto il consenso informato al trattamento chirurgico dopo averne preso visione letto attentamente e pienamente compreso il significato, anche in virtù della esaustiva spiegazione fornitami dal medico durante la visita.
4. Di aver ricevuto il certificato medico predisposto da parte del Dott. Panti.
5. Di aver ricevuto tutta la documentazione medica .

Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

**Firma del/la paziente** \_\_\_\_\_  
(se maggiorenne e capace di intendere e volere)

**Firma dei genitori o di chi esercita la tutela,** \_\_\_\_\_  
(verificata la loro identità in caso di pz minorenni)

**Firma del tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario** \_\_\_\_\_  
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela, amministrazione di sostegno, nomina fiduciario)

**Il suo consenso verrà ritenuto valido salvo diversa comunicazione scritta, ciò in applicazione della norma relativa al silenzio assenso**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

