

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023
Pag. 1/ 4

DATI RELATIVI AL/LA PAZIENTE

Io sottoscritto _____

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

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 **SUTURA TENDINE ROTULEO**

anestesia proposta _____ la cui decisione definitiva sarà valutata a giudizio del medico anestesista competente, che effettuerà la visita di pre ricovero.

3) Mi sono state spiegate, secondo la procedura in vigore presso questa Società:

La tecnica artroscopica permette, mediante l'impiego di uno specifico strumentario, di "guardare nell'articolazione" e di eseguire gesti chirurgici, senza esporre l'articolazione stessa, la moderna tecnica artroscopica, mini-invasiva, consente la ricostruzione del legamento, passando attraverso piccoli fori della grandezza di 1 cm ed una incisione di circa 3 cm, attraverso questi forellini viene inserita una telecamera e possono essere manovrati gli strumenti chirurgici.

GINOCCHIO: TENDINE ROTULEO.

La rottura del rotuleo si presenta nella maggior parte dei casi in pazienti con pregressa tendinopatia degenerativa. Le rotture dei tendini si possono dividere in parziali o totali. Al momento dell'infortunio si avverte uno schiocco al ginocchio con la sensazione che qualcosa si sia rotto. Solitamente il quadro clinico è composto da dolore, gonfiore e difficoltà ad estendere il ginocchio. La diagnosi è clinica ed ecografica. In vista dell'intervento chirurgico, può essere opportuna una risonanza magnetica. In caso di lesione parziale il trattamento può essere di tipo conservativo. Importante è l'immobilizzazione dell'articolazione attraverso un tutore e l'utilizzo di ausili alla deambulazione (stampelle) seguiti da trattamento riabilitativo specifico. Nella lesione totale il percorso è quello chirurgico.

Preparazione all'intervento

- Valutazione medica (prericovero). Verrà 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, come le malattie cardiache, possono anche necessitare una valutazione di uno specialista, come un cardiologo, prima della chirurgia. Durante il prericovero potranno essere eseguite radiografie necessarie per pianificare l'intervento chirurgico.
- Test. Diversi, come gli esami del sangue e delle urine, e un elettrocardiogramma, possono essere necessari per aiutare il Chirurgo ortopedico nel pianificare l'intervento chirurgico.



ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023

Pag. 2/ 4

- **Farmaci.** Informi il Chirurgo ortopedico e l'anestesista durante il prericovero circa i farmaci che sta assumendo. Lui dirà di quali farmaci sarà necessario interrompere l'assunzione e quali potranno essere assunti prima dell'intervento chirurgico.
- **Esami delle urine.** Le persone con patologie urologiche o di frequenti infezioni urinarie potrebbero essere sottoposte ad una valutazione urologica prima dell'intervento chirurgico.
- **Pianificazione sociale.** Anche se si sarà in grado di camminare con le stampelle o un deambulatore subito dopo l'intervento chirurgico, avrete bisogno di aiuto per diverse settimane con attività come cucinare, fare il bagno, fare il bucato etc.

Tecnica chirurgica

Per la corretta esecuzione sono necessari:

L'intervento consiste nella sutura del tendine associato a rinforzo con tessuto biologico autologo prelevato in genere dalla bandelletta ileotibiale o dal tendine del quadricipite.

Complicazioni

Come per tutti gli interventi chirurgici possono esserci delle complicazioni, ma in questo caso sono rare e più spesso transitorie (ovvero si risolvono in pochi giorni, al massimo qualche settimana). Le complicazioni possono essere:

Lesioni cutanee, muscolari o neurologiche da trazione;

Rottura di strumenti in articolazione;

Infezione;

Lesioni neuro vascolari maggiori;

L'intervento è una pratica chirurgica ben tollerata dal paziente con tempi di degenza brevi. Nell'immediato post operatorio il paziente può presentare dolore che viene gestito efficacemente con un'adeguata terapia antalgica.

- **Infezione della ferita** le cause per cui una ferita può infettarsi sono molteplici, in primis il fattore igienico e di cura della stessa, tale complicità 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"
- **Dolore ingravescente localizzato o esteso a riposo e/o sotto carico, gonfiore, formazione di ematoma e/o di raccolte di liquido che possono riassorbire spontaneamente o possono richiedere il drenaggio, 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 bruciature. Il rischio maggiore è che tali lesioni si infettino e rappresentino una porta di accesso nel sottocute e contribuiscano all'insorgenza di infezioni peri protesiche.

Il Percorso post operatorio

La riabilitazione del ginocchio operato per la sutura del tendine rotuleo è molto più semplice di quella necessaria dopo altri tipi d'intervento sul ginocchio. In seguito ad una sutura del tendine rotuleo il paziente può ritornare a camminare con stampelle 24 ore dopo l'intervento e recuperare completamente la mobilità articolare in 3 mesi circa. Spesso è necessaria qualche seduta di fisioterapia per il recupero completo della funzionalità dell'articolazione: 1. recupero della flessione completa del ginocchio; 2. incremento della forza del quadricipite fino ad almeno il 90% del controlaterale, incremento della resistenza; 3. recupero completo della stabilità del bacino; 4. aumento della sensibilità percettiva e propriocettiva; 5. ripresa della corsa.

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 sono rimossi 12-14 giorni dopo l'intervento. In generale la



ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023
Pag. 3/ 4

cicatrice è limitata. È necessario non bagnare le cicatrici per 15-20 giorni. Durante questo periodo è sconsigliato andare in piscina o fare il bagno. Solitamente si riprende la guida dopo 30 giorni dall'operazione (quando si abbandonano le stampelle).

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 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 delle 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 30 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

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



ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ORTOPEDIA

Rev. 2 del 06/12/2023

Pag. 4/ 4

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

IN PIENA CAPACITA' 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 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.
6. Di aver ricevuto il documento contenente tutte le informazioni Logistiche/sanitarie; le raccomandazioni utili/necessarie per un'adeguata organizzazione/preparazione pre operatoria

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 minorenne)

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

