Consenso Informato per Protesi Totale di Ginocchio/Protesi Monocompartimentale di Ginocchio

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.
Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.
È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.
Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il Dr. [redacted]... mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a esso connessi e le eventuali alternative possibili.

Dichiaro di essere informato della natura dell'intervento di posizionamento di ARTROPROTESI TOTALE/MONOCOMPARTIMENTALE DEL GINOCCHIO, che consiste nel sostituire l'articolazione del ginocchio mediante posizionamento di protesi di materiale bio-compatibile.
Sono consapevole del fatto che, nel corso dell'intervento chirurgico, possano rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.
Dichiaro di essere informato del fatto che la protesi di ginocchio può essere accompagnata da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare verrà praticata profilassi per la trombosi venosa profonda (TVP) mediante eparina a basso peso molecolare e profilassi per l'infezione mediante infusione di antibiotico prima dell'intervento e successivamente.
L'intervento necessiterà di un'incisione della lunghezza di circa 18-20 centimetri mediana a livello del ginocchio; al termine dell'intervento verrà eventualmente posizionato un drenaggio per aspirare il sangue perso. Nei primi giorni dopo l'intervento si procederà alla mobilizzazione del malato dapprima a bordo letto quindi in poltrona e successivamente rieducandolo al passo.

Gli effetti indesiderati che si possono verificare e di cui il malato deve essere a conoscenza sono:

- febbre, dolore locale e versamento articolare;
- infezioni superficiali o profonde;
- anemizzazione post-operatoria;

- trombosi venosa profonda ed embolia polmonare;
- danni nervosi o vascolari per lesioni iatrogene di nervi o vasi, lesioni tendinee;
- mobilizzazione e rottura delle componenti protesiche;
- dismetrie degli arti;
- instabilità articolare;
- cicatrice cheloidea;
- zoppia;
- dolore anche prolungato al ginocchio;
- necessità di re-interventi.

Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Mi impegno pertanto fin da ora a seguire scrupolosamente tutte le istruzioni fornitemi, in quanto ne comprendo l'importanza per il raggiungimento dei risultati.

Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Io sottoscritto ..... [redacted] .....
nato il ..... [redacted] .
letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto a intervento di posizionamento di **ARTROPROTESI TOTALE/MONOCOMPARTIMENTALE DEL GINOCCHIO LATO** .....DX.....

☐☐☐☐☐☐Acconsento all'utilizzazione per scopi scientifici ed educativi dei dati ottenuti dalla procedura a cui verrò sottoposto nel pieno rispetto della Legge sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche).

X Firma [redacted] .....

☐ Non acconsento all'utilizzazione per scopi scientifici ed educativi dei dati ottenuti dalla procedura a cui verrò sottoposto.

Firma [redacted] .....

data 23/1[redacted]

Firma del paziente o del Suo rappresentante legale
..... [redacted]

Firma del Medico
[redacted]