



# 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,

## **NEOFORMAZIONE**

Mi è stato proposto dal **dott.** \_\_\_\_\_

## **ASPORTAZIONE**

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.

Mi sono state illustrate le caratteristiche di tali formazioni, quasi costantemente benigne, spesso caratterizzate da modesto dolore, limitazione funzionale se presentano una origine articolare, inestetismi.

Sono stato ampiamente informato che spesso tali patologie non presentano una indicazione assoluta all'intervento e che peraltro l'escissione chirurgica rappresenta l'unico trattamento attuabile. Questo consiste in una piccola incisione a livello della neoformazione, con isolamento ed asportazione della stessa avendo cura di asportarla con la capsula che in genere l'avvolge.

Mi è stato comunque chiaramente spiegato che l'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali le caratteristiche biologiche della lesione, l'età, le dimensioni, l'eventuale infiltrazione nei piani profondi, la sede anatomica, 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 pochi giorni nelle persone giovani ed in buone condizioni a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, 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 dal dolore postoperatorio, eccessivo sanguinamento con successivo ematoma, lesione accidentale di strutture vascolari, nervose o tendinee strettamente adese ed infiltrate dalla cisti.

Esiste inoltre la possibilità di formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva limitazione funzionale del segmento anatomico interessato. Come sopra accennato una

complicanza relativamente frequente in questo intervento è la recidiva, cioè la ricomparsa della cisti nella stessa sede dopo un periodo variabile di tempo, attribuibile al comportamento biologico della lesione (tendenza dei tessuti a presentare fenomeni di metaplasia cistica).

Sono inoltre possibili complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica, responsabili di allungamento dei tempi di guarigione.

Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze postoperatorie, seppur chiaramente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

Va inoltre ricordata l'importanza di una appropriata rieducazione funzionale postoperatoria, senza la quale sono possibili residue rigidità del segmento anatomico interessato.

Mi è stato illustrato con chiarezza il normale decorso postoperatorio 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