

**MODULO DI INFORMATIVA E CONSENSO ALLA  
PROCEDURA DI ARTRODESI VERTEBRALE LOMBARE PER  
SPONDILOLISTESI SINTOMATICA**

Parma, li .....

Gentile Sig. / Sig.ra: .....

Il Dr:..... l'ha informata che dovrà essere sottoposto/a ad intervento  
spondilolistesi di grado .....  con lisi istmica  degenerativa

**INFORMAZIONI GENERALI**

Questo materiale informativo integra e completa le informazioni che vengono fornite durante la visita specialistica e il prericovero.

Lo forniamo come ulteriore aiuto a comprendere le indicazioni, le modalità con cui si svolge l'intervento che le è stato proposto, le possibilità e le probabilità dei risultati ottenibili e i potenziali rischi generici e specifici con-nessi all'intervento.

Vogliamo con queste poche righe fornire qualche informazione in più, cercando di rendere semplice la trasmissione di concetti medici, certi del fatto che per chi non è esperto in materia rimarranno comprensibili solo in parte.

Il giorno precedente o il mattino stesso dell'intervento o della procedura vi sarà chiesto di dichiarare per iscritto il consenso all'intervento, firmando un modulo, e ritenendo che abbiate potuto capire tutto quello che vi è necessario e sufficiente per dir di sì.

**POSSIBILI VARIANTI NELL'ESECUZIONE**

Esistono diverse varianti nell'esecuzione dell'atto chirurgico; la proposta è una riduzione della olistesi e artrodesi circonferenziale mediante PLIF (*posterior lumbar interbody fusion*) o TLIF (*transforaminal lumbar interbody fusion*) e viti e barre posteriori

**BENEFICI ATTESI E SCOPO DELLA PRESTAZIONE PROPOSTA**

Miglioramento della sintomatologia dolorosa con conseguente recupero funzionale. Ripristino di una corretta biomeccanica locale.

**RISCHI PREVEDIBILI LEGATI ALLA NON ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE PROPOSTA**

Persistenza o peggioramento della sintomatologia dolorosa

**RISCHI PREVEDIBILI LEGATI ALL'ESECUZIONE (*al momento della proposta*) E POSSIBILI COMPLICANZE**

- **Danno radicolare** (lesione di una radice nervosa con conseguente deficit neurologico) a causa di difficoltà tecniche che possono manifestarsi nell'isolamento di strutture nervose,

- **lacerazione della dura madre,**
- **complicanze vascolari immediate o tardive** (lacerazione dei grossi vasi anteriori come l'aorta, la vena cava, le arterie e le vene iliache) con conseguente attuazione di ulteriori procedure chirurgiche emergenti o post-operatorie,
- **infezioni profonde** da contaminazione esterna,
- **infezione e/o deiscenza della ferita chirurgica.**
- **Malposizionamento delle viti peduncolari** con possibile interessamento di radici nervose, comparsa di ischialgie post-operatorie con necessità di ulteriori atti chirurgici di riposizionamento dello strumentario.
- **Fallimento della artrodesi** . Comparsa di trombosi venose profonde degli arti inferiori con possibili fenomeni embolici. Effetti visibili nel segmento corporeo operato (cicatrici esuberanti o discromiche)

**POSSIBILI PROBLEMI DI RECUPERO** (es: conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...)

Possibili deficit neurologici permanenti. La deambulazione è concessa il giorno successivo all'intervento con l'ausilio di un bustino lombo-sacrale semirigido che dovrà essere mantenuto per i 3 mesi successivi all'intervento solo durante il giorno. Si dovranno evitare sforzi del tratto lombo-sacrale (quindi flessioni o sollevamento di pesi) e si dovrà evitare di sedersi su sedute basse per 3 mesi

**POSSIBILITÀ DI ALTERNATIVE (ESPLICITARE SE NON NE ESISTONO):**

Non esistono terapie alternative di efficacia provata nel trattamento della spondilolistesi sintomatica. Trattandosi di un problema biomeccanico l'unica soluzione è il ripristino di una corretta biomeccanica locale, ottenibile solo con una adeguata chirurgia. L'intervento viene proposto per un miglioramento della qualità di vita

**CONDOTTA DEL PAZIENTE NEL POST OPERATORIO**

Appena sveglio e collaborante, salvo diverse indicazioni, il paziente è invitato a mobilizzarsi attivamente nel letto, girandosi su entrambi i fianchi, ed evitando di restare a lungo supino, allo scopo di decomprimere la ferita chirurgica.

Il giorno successivo, alla mattina entro le 10, il paziente è invitato ad alzarsi, ev con tutore lombare in tela armata (se prescritto) e a compiere qualche passo. Tale mobilizzazione e deambulazione dovrà avvenire più volte nella giornata, incrementando l'autonomia deambulatoria.

A seconda dell'età e della entità dell'intervento si concorderà prima dell'atto chirurgico, l'eventuale presenza di un fisioterapista

Si ribadisce come tale collaborazione del paziente sia fondamentale per il miglior esito clinico ottenibile e per prevenire eventuali complicanze.

**Il suo caso presenta le seguenti ulteriori problematiche**

.....  
 .....

## DICHIARO DI AUTORIZZARE IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

accettando il rischio delle complicanze che mi sono state prospettate unitamente al rischio generico derivante dalla complessità del tipo di chirurgia.

Manifesto piena fiducia nei Chirurghi Ortopedici e negli Anestesisti che eseguiranno l'intervento.

Durante i colloqui con il personale Medico sono stato adeguatamente informato sulle possibilità di insuccesso dell'intervento e sul fatto che potrebbero essere necessarie modifiche tecniche durante il suo svolgimento.

Ho avuto il tempo necessario per riflettere sulle informazioni ricevute, in modo da acconsentire meditatamente e ho ricevuto dallo specialista ortopedico proponente le spiegazioni necessarie per la piena comprensione dell'intervento.

Sono stato informato che presso la struttura non è presente un reparto di rianimazione, ma sussistono accordi con l'Azienda Ospedaliera di Parma per l'invio dei pazienti critici presso il reparto di terapia intensiva, pertanto intendo ugualmente servirmi di questo ospedale privato accreditato.

## AUTORIZZO

fin d'ora gli eventuali interventi alternativi non previsti ma che in caso d'intervento risultassero necessari. Dichiaro di essere pienamente cosciente, di aver letto attentamente il presente documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

Il sottoscritto, consapevole che nel contesto dell'attuale pandemia da Covid19 è possibile che nonostante l'esito del test pre operatorio negativo io possa aver già contratto il virus o contrarlo successivamente all'intervento chirurgico programmato, dichiaro di essere consapevole che qualora nella fase post operatoria dovesse insorgere la patologia associata al Srs-Covid19 questa potrebbe incidere, anche significativamente, sul decorso clinico post operatorio e riabilitativo. Dichiaro di aver ricevuto dettagliate informazioni circa i rischi connessi al differimento dell'intervento chirurgico e quelli all'incidenza di rischio Covid19 sul decorso post operatorio e riabilitativo in caso di esecuzione della procedura

**Dichiaro di volermi sottoporre all'intervento chirurgico.**

**Firma del/la paziente**

*(se maggiorenne e capace di intendere e di volere)*

.....

**Firma del Medico**

.....

**Firma dei genitori o di chi esercita la tutela**

*(verificata la loro identità in caso di paziente minorenni)*

.....

**Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno**

*(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento)*

.....