Piccole Figlie Hospital srl – Via Po, 1 – 43125 Parma
Direttore Sanitario Dr. Giorgio Bordin

MODULO DI INFORMATIVA E CONSENSO PER INTERVENTO DI ARTROPROTESI DELLA SPALLA

Parma, lì …….

Gentile Sig. / Sig.ra: ……..

Il Dr:…… l'ha informata che dovrà essere sottoposto/a ad intervento

di ……

perché è affetto/a da …….

INFORMAZIONE AL PAZIENTE: L'articolazione della spalla garantisce il movimento attraverso lo scivolamento delle superfici articolari che rivestono l'articolazione, con l'intervento di elementi di connessione – stabilizzazione, quali la capsula articolare ed i legamenti. Il movimento è controllato da gruppi muscolari, nonché da propriocettori articolari, in modo da consentire l'esecuzione del gesto articolare in modo fluido, armonico e stabile.
Qualsiasi alterazione di questo equilibrio compromette il movimento articolare e diviene causa di dolore e rigidità articolare.
Spesso il dolore è trattabile con le normali terapie farmacologiche e/o fisico-riabilitative.

Qualora ciò non si verificasse è possibile trattare chirurgicamente l'articolazione con una protesi di spalla. La scelta del tipo di impianto protesico (*protesi inversa*, *protesi anatomica*, *protesi di rivestimento*, *endoprotesi*) viene effettuata in base a criteri precisi, valutando principalmente il tipo di danno da trattare, ma anche l'età del paziente e le sue esigenze funzionali.
Il recupero del movimento avviene a circa 3-4 mesi dall'intervento, con variabili condizionate dal tipo di lesione e dai deficit funzionali pre-esistenti dall'intervento.
La PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO prevede una giornata di PRERICOVERO.

Ove i requisiti pre-operatori siano accertati, l'indicazione chirurgica viene confermata.

Verrete contattati dal personale preposto per confermare la data e l'ora di accesso in ospedale; normalmente il giorno del ricovero corrisponde con il giorno dell'intervento chirurgico.

PROCEDURA CHIRURGICA:
L'intervento viene eseguito in anestesia tronculare o generale e la scelta del tipo di anestesia viene discussa con il paziente all'atto del prericovero e confermata tramite consenso specifico raccolto dal medico anestesista il giorno dell'intervento.

La via d'accesso chirurgica può essere la deltoideo-pettorale o la via transdeltoidea.

Verranno adottate tutte le procedure per ridurre al massimo l'invasività dell'intervento per consentire un più rapido recupero funzionale.

CONTROINDICAZIONI:
Non esistono controindicazioni specifiche all'esecuzione dell'intervento, se non l'età e le condizioni generali di salute del paziente.

POSSIBILI COMPLICANZE:

Complicanze generali (possibili in ogni intervento eseguito in anestesia):

- Crisi di panico;
- Sindrome vagale (nausea e vomito, cefalea, riduzione della salivazione, vertigini, tachicardia, sudorazione fredda, riduzione della pressione sanguigna fino al collasso);
- Crisi ipotensive o ipertensive;
- Fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate.

Complicanze legate all'intervento:

- Infezione superficiale (riguardante solo la ferita ed i piani superficiali);
- Infezione articolare e/o mobilizzazione settica dell'impianto;
- Deiscenza della ferita o ematomi;
- Reazioni ad eventuali impianti;
- Ossificazioni eterotopiche (formazione di calcificazioni periarticolari);
- Limitazione articolare e/o rigidità;
- Lesioni vascolari e/o nervose;
- Lussazione della protesi;
- Instabilità articolare;
- Frattura intraoperatoria;
- Mobilizzazione asettica dell'impianto protesico;
- Intolleranza ai materiali impiantati;
- Rottura dell'impianto protesico;
- Usura dell'impianto protesico;
- Trombosi venosa profonda e/o embolia polmonare;
- Disturbi neurologici periferici;
- Edema dell'arto operato.

La conoscenza delle complicanze da parte del personale medico e sanitario, ma anche da parte del paziente e dei suoi familiari, contribuisce a prevenirle e/o a trattarle tempestivamente.
Per prevenire le infezioni ogni procedura invasiva viene eseguita con asepsi accurata, ogni paziente riceve una terapia antibiotica perioperatoria.
La collaborazione del paziente nel mantenere una corretta e costante igiene personale e di vita è fattore cruciale nella prevenzione delle infezioni secondarie. In particolare devono essere monitorate e, ove necessario, trattate le possibili sedi di patologia infettiva quali ascessi dentari, unghie, apparato respiratorio e gastroenterico, apparato genitourinario.
Per tutte le altre possibili complicanze il personale medico e sanitario della struttura si impegna a fornire le migliori prestazioni possibili, allo scopo di ottenere un risultato in linea con gli attuali standard qualitativi nazionali ed internazionali in materia di efficienza e sicurezza, nonché di durata nel tempo dell'impianto protesico.

Il suo caso presenta le seguenti ulteriori problematiche

……..

……..

Piccole Figlie Hospital

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 minorenne)

……..

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno
(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento)

……