

	Pre Operatorio CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI PROTESIZZAZIONE TOTALE ANCA	Mod. 0197	Pag. 1 di 3
		Parola chiave:	PTA consenso
		Rev. 01	del 10/07/2025

Io sottoscritto/a _____

acconsento a sottopormi all'intervento di **PROTESIZZAZIONE DELL'ANCA** (☐ dx ☐ sx). La tipologia di intervento, gli scopi, le controindicazioni, le alternative terapeutiche e gli accorgimenti successivi, mi sono stati spiegati esaurientemente dal Dott. _____

Acconsento inoltre a sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso o dopo la realizzazione della procedura chirurgica, comprese le trasfusioni di sangue (sia autologo che eterologo cioè del paziente stesso o della Banca del Sangue), laddove il curante lo ritenesse indispensabile.

IN PARTICOLARE SONO A CONOSCENZA CHE:

- Il dott. _____ eseguirà la sostituzione dell'acetabolo con un cotile protesico ancorato al bacino mediante press-fit (incastro a compressione) eventualmente stabilizzato con viti, (in particolari situazioni potrebbe essere necessario l'uso di anelli di rinforzo acetabolare o l'ancoraggio con cemento).
- Lo stelo protesico sarà a sua volta impiantato e stabilizzato a pressione (press-fit) o cementato a seconda del quadro anatomico osservato all'atto dell'intervento.
- Le resezioni ossee, le tagli e il tipo di protesi impiantata saranno il più possibile conformi a quelle previste dalla pianificazione pre-operatoria eseguita di routine; tuttavia la simmetria degli arti dopo l'intervento chirurgico potrebbe non essere pienamente ristabilita (arto operato più lungo o più corto del contro laterale).
- Durante le manovre chirurgiche potrebbe verificarsi l'accidentale frattura del bacino o del femore. Tale evenienza richiede adeguato trattamento per ora non ipotizzabile, per il quale sin da ora fornisco l'assenso.

Il dott. _____ mi ha informato che la % di fratture intraoperatorie è dello 0,8% comprensivo di bacino, diafisi femorale e cotile.

- Potrebbero verificarsi lesioni a carico di strutture nobili arteriose o nervose seguite da deficit motori e sensitivi non recuperabili in futuro.

Sono stato informato che la % di ematomi nell'immediato post operatorio è dell'1% mentre la % di lesioni del nervo sciatico popliteo esterno è dello 0,2%. In quest' ultima evenienza mi è stato detto che non potrò flettere il piede verso l'alto e che la lesione in genere regredisce con cure

	Pre Operatorio CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI PROTESIZZAZIONE TOTALE ANCA	Mod. 0197	Pag. 2 di 3
		Parola chiave:	PTA consenso
		Rev. 01	del 10/07/2025

adeguate ma a volte è permanente. Mi è stato detto altresì che per prevenire lesioni nervose in sala operatoria si usano speciali imbottiture di protezione.

- Nel post operatorio è possibile che la protesi impiantata si lussuri (0,5%); a tale evenienza si può rimediare con manovre incruente o con un reintervento.
- Gli interventi di protesizzazione sono fra i più ad alto rischio per complicanze flebitiche e trombotiche anche gravi, sebbene venga eseguita di routine la profilassi eparina a basso peso molecolare; la frequenza relativa è intorno allo 0,5%.
- È relativamente frequente un'anemia post operatoria per la perdita di sangue durante l'intervento (frequenza del 2,6%) cui si può rimediare con emotrasfusione.
- La mortalità in corso di artroprotesi è dello 0,3% mentre in corso di endoprotesi è del 3,5%. (Tutti i dati percentuali sono ricavati dal Registro regionale di implantologia protesica ortopedica della Regione Emilia Romagna)
- Il carico sull'arto operato sarà concesso parzialmente verso la terza giornata, ma potrebbe essere posticipato in relazione alla stabilità dell'impianto.
- La mobilità post-operatoria sebbene sufficiente alla conduzione della normale vita di relazione non sarà sovrapponibile a quella di un arto sano; in particolare in alcuni casi si può verificare la formazione di calcificazioni periarticolari che possono compromettere gravemente la motilità e possono essere causa di un reintervento per asportarle.
- Il rischio di complicanze infettive è del 1% in pazienti normali, 4% in pazienti con artrite reumatoide, 10% circa in pazienti diabetici; il Dott. _____ al proposito mi ha informato che l'infezione diagnosticata precocemente viene abitualmente dominata da un'adeguata terapia antibiotica. Pertanto sono stato invitato a contattare al più presto il chirurgo operatore o i suoi collaboratori in caso di arrossamento della cicatrice e della cute adiacente, di dolore in sede di intervento e di rialzo febbrile anche modesto; in caso di infezione conclamata, resistente alla terapia antibiotica può rendersi necessario un intervento di rimozione della protesi e il reimpianto di una nuova protesi nello stesso tempo chirurgico o in un secondo tempo dopo 4-6 settimane di terapia antibiotica. Nella Casa di Cura è applicato il protocollo nazionale sulla prevenzione dell'infezione del sito chirurgico e dell'antibiotico profilassi.
- Il rispetto dei protocolli riabilitativi personalizzati è fondamentale per il risultato finale.

	Pre Operatorio CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI PROTESIZZAZIONE TOTALE ANCA	Mod. 0197	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: <i>PTA consenso</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

- L'impianto protesico ha una durata limitata nel tempo in rapporto all'usura alla quale viene sottoposto (direttamente proporzionale al peso del paziente); esso è sostituibile del tutto o in parte, con maggior rischio relativo, con un secondo intervento chirurgico.
- Il più valido uso e la durata dell'impianto possono essere condizionati da attività improprie ed è quindi contestuale al consenso all'atto chirurgico quello ad un impiego funzionale corretto, sulla base delle indicazioni fornite dallo stesso specialista.

DICHIO

Pertanto di essere stato informato sulla metodica operativa ed i suoi rischi, immediati o futuri, sulla terapia medica e fisica post operatoria, su quella trasfusionale, sui vantaggi conseguibili nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione della procedura.

Alle domande da me poste è stato risposto dal Dott. _____

In modo comprensibile ed esauriente.

CONFERMO

Di aver ben compreso quanto spiegatomi e fornisco l'assenso.

Firma Paziente/Tutore Legale _____

Data _____

Timbro e Firma Medico

☐ REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____
Firma del Paziente/Tutore Legale _____