

	Pre Operatorio CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI PROTESIZZAZIONE TOTALE GINOCCHIO	Mod. 0198	Pag. 1 di 3
		Parola chiave:	PTG consenso
		Rev. 01	del 10/07/2025

Io sottoscritto/a _____
 acconsento a sottopormi all'intervento di **PROTESI TOTALE DI GINOCCHIO** (☐ dx; ☐ sx). Il tipo 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 resezione di parti di femore e tibia impiantando successivamente una protesi metallica con superficie di scorrimenti in polietilene;
- Le resezioni ossee, le tagli e il tipo di protesi impiantata saranno il più possibile conformi a quelle previste dalla pianificazione preoperatoria, scrupolosamente eseguita, ma non obbligatoriamente identiche;
- L'ancoraggio della protesi avverrà mediante press-fit (incastro a compressione) o utilizzando del cemento come stabilizzatore;
- Il carico sull'arto operato sarà concesso parzialmente verso la terza giornata, ma potrebbe essere posticipato in relazione alla stabilità dell'impianto;
- L'incidenza di revisione dopo intervento di protesizzazione di ginocchio è, secondo le casistiche mondiali, del 4% (vale a dire 4 persone su 100 devono essere rioperate nel breve-medio termine);
- 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.

	Pre Operatorio CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI PROTESIZZAZIONE TOTALE GINOCCHIO	Mod. 0198	Pag. 2 di 3
		Parola chiave:	PTG consenso
		Rev. 01	del 10/07/2025

Nella Casa di Cura è applicato il protocollo nazionale sulla prevenzione dell'infezione del sito chirurgico e dell'antibiotico profilassi.

- In un numero limitato di casi la protesi è fonte di dolore, senza che sia possibile individuare alcun motivo che giustifichi la sintomatologia (infezione, scollamento asettico, artrofibrosi, mal posizionamento delle componenti, ecc.): si tratta della cosiddetta "protesi dolorosa" per la quale è in genere sconsigliato un reintervento e ci si deve affidare ad una terapia farmacologia che è in grado di mitigare ma non alleviare completamente il dolore cronico;
- La mobilità post-operatoria sebbene sufficiente alla conduzione della normale vita di relazione non sarà sovrapponibile a quella di un arto sano, la flessione sarà indicativamente possibile fino a 90° circa, in alcuni casi maggiore; in rari casi (0-4% - artrofibrosi) la motilità è così significativamente ridotta da necessitare di un secondo intervento; spesso la ridotta motilità è dovuta ad un'insufficiente o non adeguata riabilitazione post-operatoria, la quale deve essere protratta per almeno 2 mesi dopo l'intervento, prima in regime di ricovero e poi ambulatorialmente;
- Potrebbero verificarsi lesioni a carico di strutture nobili arteriose o nervose seguite da deficit non recuperabili in futuro: questo è tanto più probabile che accada quanto maggiore è la deformità da correggere (in particolare la paralisi del nervo peroniero nel ginocchio con deformità in valgismo superiore a 20°); la % di eventi a carico di vasi e nervi è intorno all'1%.
- Durante le manovre chirurgiche potrebbe verificarsi l'accidentale frattura del femore o della tibia che potrebbe richiedere adeguato trattamento non ipotizzabile in primis e per il quale trattamento fornisco sin da ora l'assenso (0,3%)
- 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 con Seleparina o Fraxiparina o altri tipi di anticoagulanti; 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 3%) cui si può rimediare con emotrasfusione.
- La mortalità in corso di ricovero è dello 0,1%¹
- Il rispetto dei protocolli riabilitativi personalizzati è fondamentale per il risultato finale;
- L'impianto protesico ha una durata limitata nel tempo in rapporto all'usura alla quale viene sottoposto (direttamente proporzionale al peso del paziente) ed è sostituibile del tutto o in parte,

¹ Tutti i dati percentuali sono ricavati dal Registro regionale di implantologia protesica ortopedica della Regione Emilia Romagna aggiornati al 31.12.2005.

	Pre Operatorio CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI PROTESIZZAZIONE TOTALE GINOCCHIO	Mod. 0198	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: <i>PTG consenso</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

con maggiore rischio relativo: circa il 10% delle protesi totali necessitano di un intervento di revisione dopo 10 anni dal primo impianto;

- 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 di un impiego funzionale corretto, sulla base delle indicazioni fornite dallo specialista.

DICHIO

Pertanto di essere stato informato sulla metodica operatoria 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.

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 _____
