

	Pre Operatorio	Mod. 0425	Pag. 1 di 2
	CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI CHIRURGIA MINI INVASIVA DEL PIEDE	Parola chiave: <i>cons piede</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

Nato/a il _____ dichiaro di essere a conoscenza del mio stato di
malattia: _____

Mi è stato proposto un intervento di _____

Mi è stata spiegata l'effettiva portata di tale intervento, con le difficoltà ad esse legate, le possibilità e probabilità dei risultati conseguibili ed i rischi connessi.

Sono consapevole che la mia patologia presenta caratteristiche di cronicità ed un decorso peggiorativo; so che la malattia si trova in una fase avanzata di gravità clinica e radiografica tale per cui la soluzione chirurgica propostami è in grado di risolvere il dolore, di correggere la deformità, ripristinando un equilibrio funzionale valido e duraturo nel tempo, mentre i trattamenti ortesici, fisioterapici e farmacologici non sono più altrettanto efficaci e sono solo cure palliative.

So che il risultato clinico complessivo è comunque influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, non sempre risulta esattamente prevedibile.

I tempi ed il grado di recupero funzionale possono essere influenzati sia dalla gravità della patologia locale, da patologie preesistenti quali in particolare il diabete, le vasculopatie periferiche, l'eccesso ponderale e da una condotta post operatoria difforme dalle prescrizioni mediche avute.

Dichiaro di aver preso visione e di aver discusso con lo specialista la nota informativa consegnatami, in cui sono spiegate le tecniche chirurgiche, il decorso postoperatorio e le eventuali complicanze. La decisione di procedere all'intervento è stata quindi da me presa in accordo con lo specialista dopo aver discusso le informazioni datemi sulle tecniche chirurgiche, sul decorso post operatorio, sulla convalescenza e sulle sue possibili complicanze.

Sono informato che le principali complicanze sono:

- Perdita della correzione con recidiva della deformità indipendentemente dalla tecnica impiegata (circa il 20% dei casi)
- Marcato e persistente gonfiore al piede a volte per alcuni mesi (5% dei casi) dovuto o a complicanze venose, a stasi linfatica e/o ad algodistrofia riflessa.
- Ritardo di cicatrizzazione o sofferenza cutanea dei punti di ingresso delle frese da mini invasiva con possibilità di interventi successivi e allungamento dei tempi di guarigione.
- Infezione provocata da fenomeni di colonizzazione batterica interessante sia i tessuti molli circostanti la ferita chirurgica che il tessuto osseo con necessità di cure antibiotiche e revisioni chirurgiche (meno dell'1% dei casi)
- Perdita di sensibilità cutanea nella zona operata (meno dell'1% dei casi)

	Pre Operatorio CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI CHIRURGIA MINI INVASIVA DEL PIEDE	Mod. 0425	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: <i>cons piede</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

- Perdita parziale del movimento della articolazione metatarso falangea dell'alluce con rigidità dolorosa e \o delle dita laterali (10%) con necessità di trattamenti fisioterapici e in alcuni casi, il ricorso ad un ulteriore intervento.
- Non consolidazione o mal consolidazione della zona di osteotomia responsabile di dolori al carico e necessitante un ulteriore intervento (meno dell'1% dei casi).

Sono consapevole che la chirurgia percutanea del piede non deve essere fatta per motivi estetici, ma per risolvere il dolore e la deformità invalidante.

La chirurgia percutanea del dito a martello comporta la perdita della prensilità del dito operato.

L'intervento non permette di poter indossare successivamente calzature con tacco alto o a punta stretta perché causa di perdita di correzione.

Sono a conoscenza dei trattamenti farmacologici che saranno effettuati (antidolorifici, profilassi antibiotica e profilassi anti tromboembolica) e dei loro possibili effetti collaterali.

Mi è stata illustrata con chiarezza la tecnica operatoria scelta, il normale decorso postoperatorio e i tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale e la necessità di deambulare con scarpa ortopedica per il tempo necessario alla consolidazione dell'osteotomia.

Acconsento quindi al trattamento chirurgico propostomi.

Data _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____

Firma del medico _____

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