

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO DI OSTEOSINTESI	Mod. 0482	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: <i>osteosintesi</i>	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Diagnosi _____

Intervento _____

Dichiaro di accettare l'intervento ed in particolare dò il mio consenso alla procedura chirurgica proposta come descritto e di accettarne le eventuali variazioni qualora dovessero rendersi necessarie.

Sono a conoscenza del rischio operatorio che l'intervento chirurgico e la eventuale procedura anestesiológica possono comportare, delle sequele e complicanze immediate ed a distanza eventualmente riscontrabili che possono incidere negativamente sul risultato clinico finale.

Tra esse in particolare vanno ricordate:

COMPLICANZE DURANTE L'INTERVENTO

Lesioni vascolari con conseguente perdita ematica e anemizzazione che può rendere necessarie trasfusioni e mettere a rischio la vita del paziente; lesioni nervose con perdita della sensibilità e/o paralisi parziali o complete, temporanee o permanenti; lesioni tendinee.

COMPLICANZE NEL POST - OPERATORIO

Flebite, trombosi venosa profonda, embolia polmonare, artrite settica, idrartro, emartro, ematomi sottocutanei e/o profondi, cicatrice retraente e inestetica, sofferenza dei tramiati artroscopici, rigidità articolare, intolleranza ai mezzi di fissazione (viti, placche e chiodi endomidollari), necessità di reintervento, ritardo o mancata consolidazione, osteomielite.

TERAPIA POST-OPERATORIA

Antalgici ed antinfiammatori, profilassi antibiotica ed antitromboembolica, utilizzo di tutori o apparecchi gessati, utilizzo di stampelle, ciclo di fisiokinesiterapia in funzione della procedura adottata.

ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

La terapia medica e fisica ed il trattamento conservativo in apparecchio gessato, in relazione alla frattura non risultano risolutive nel condurre il paziente a guarigione completa ed ottimale e quindi migliorarne la qualità di vita.

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO DI OSTEOSINTESI	Mod. 0482	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: osteosintesi	
		Rev. 01	del 10/07/2025

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE
DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO**

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

- di essere pienamente cosciente
- di aver letto attentamente il presente documento
- che il medico ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste e utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- di averne pertanto compreso interamente il contenuto con particolare riguardo alla condizione clinica, al tipo di intervento programmato, ai rischi connessi alla procedura chirurgica ed ai risultati a breve e lungo termine
- di autorizzare il medico ad effettuare il trattamento chirurgico sopra descritto

Data _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____

Firma del Medico _____

In caso di pazienti minorenni firma di entrambi i genitori:

GENITORE O TUTORE _____

GENITORE O TUTORE _____

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