

# CONSENSO CON NOTA INFORMATIVA RELATIVO ALLA PROCEDURA CHIRURGICA DI CORREZIONE DELLE DEFORMITÀ DELL'AVAMPIEDE

Dr. Fabio D'Angelo

Gentile Sig./ Sig.ra

La prego di leggere e stampare questo consenso informato per poi portarlo al momento dell'incontro con il Dr. Fabio D'Angelo come accettazione ufficiale delle procedure sotto descritte.

## **a) Descrizione della procedura alla quale sarà sottoposta/o:**

Il trattamento che Le propongo consiste nella correzione chirurgica dei difetti dell'avampiede. Questo documento Le dà informazioni sulla effettiva portata di tale intervento, sulle possibilità e probabilità dei risultati, dei prevedibili vantaggi e dei rischi connessi. Per la Sua patologia non esistono trattamenti farmacologici, fisici od ortesici altrettanto efficaci in alternativa alla soluzione chirurgica proposta Le, sia per la risoluzione del dolore, sia per la correzione della deformità ed il ripristino di un equilibrio funzionale accettabile. Il risultato finale potrà essere influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione dell'intervento, e non risulta sempre prevedibile. Malattie croniche come il diabete, i disturbi vascolari e nervosi, il sovrappeso, possono condizionare negativamente il risultato e i tempi di recupero. L'intervento prevede una terapia farmacologica di supporto, che consiste nella profilassi antibiotica e antitromboembolica.

## **b) Segnalazione dei rischi:**

Esistono possibili complicanze generali per qualsiasi intervento chirurgico in anestesia locale, prevalentemente di carattere neurovegetativo (crisi nervose, reazioni vagali), estremamente rare e di facile trattamento, o legate ad ipersensibilità ai farmaci (soprattutto antibiotici).

Inoltre vi sono le possibili complicanze post-operatorie, descritte in letteratura ma quasi assenti nella nostra esperienza, in particolare:

- **Gonfiore** al piede, complicanza minore risolta con riposo e ghiaccio;
- **Flebotrombosi** delle vene della gamba, per cui viene effettuata profilassi con eparina e deambulazione immediata;
- **Embolia polmonare**, conseguenza grave della flebotrombosi, richiede la stessa prevenzione;
- **Recidiva** delle deformità, che può richiedere un secondo intervento correttivo.
- **Infezioni** possono limitarsi alla cute o interessare i tessuti profondi, per cui viene effettuata profilassi antibiotica;

- **Ritardo di consolidamento** della fratture, legate spesso a problemi vascolari, comportano il prolungamento del tempo di guarigione ed a volte la necessità di eseguire una revisione chirurgica;
- **Lesioni Nervose** delle dita, a seguito delle quali si può produrre una riduzione della sensibilità o una perdita totale della stessa in alcune regioni del dito.
- **Lesioni vascolari** delle dita, a seguito delle quali si può produrre una necrosi del dito che può, in casi estremamente rari, esitare in una amputazione dello stesso
- **Riduzione della mobilità** del 1° dito, è legata in genere a fenomeni artrosici e/o ad una scarsa collaborazione da parte del paziente. Essa può richiedere una mobilizzazione in narcosi dell'articolazione interessata ed in casi rari, un secondo intervento correttivo.
- **Dolore in altre regioni del piede** per trasferimento del peso, dopo l'intervento, da una regione all'altra del piede. In casi estremamente rari può portare a fratture spontanee "da stress" di altri segmenti scheletrici.
- **Distrofia Simpatico- Riflessa**

### **c) Informazioni Importanti:**

- 1) L'intervento non ha finalità estetiche ma funzionali (miglioramento del dolore e della funzione).
- 2) La chirurgia del piede non risolve la causa della deformità ma solo il suo effetto.
- 3) Dopo l'intervento potrebbero verificarsi alcuni disagi come: edema, gonfiore, dolore, difficoltà a calzare scarpe abituali, impossibilità di usare tacchi.
- 4) Se al momento dell'atto chirurgico dovesse insorgere qualche imprevisto, il chirurgo potrà cambiare la tecnica chirurgica prevista per un miglior beneficio per il paziente
- 5) Durante l'intervento chirurgico si potranno realizzare fotografie e video con il totale rispetto della "Privacy" dei dati sensibili. Tale materiale visivo sarà impiegato solo dal Dr. Fabio D'Angelo e solo per scopi scientifici, formativi e divulgativi.
- 6) In qualsiasi momento Lei potrà revocare il presente Consenso all'Intervento, senza la necessità di fornire una spiegazione
- 7) La chirurgia delle dita laterali potrebbe comportare la perdita parziale o totale della prensilità del dito operato

### **d) Dove sarà curata/o:**

Il Suo ricovero avverrà presso Case di Cura autorizzate ed accreditate con le quali ho accordi contrattuali di tipo libero professionale; verranno seguite le vigenti regole sulla Sua ammissione in degenza.

**Questo è il trattamento che io sono in grado di proporLe, altrove potrebbe ricevere altre indicazioni e, qualora non fosse convinto di quanto questo documento, Lei ha pieno diritto ad ascoltare una ulteriore opinioni.**

**CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritta/o..... dichiaro di aver avuto dal Dr. Fabio D'Angelo esaurienti spiegazioni in merito all'intervento chirurgico che mi accingo a realizzare. Ho compreso le spiegazioni che mi sono state fornite in un linguaggio semplice e chiaro.

Dichiaro che ho ricevuto copia del presente documento almeno 3 giorni prima della data fissata per l'operazione ed ho avuto sufficiente tempo per riflettere e prendere una decisione cosciente. Ho potuto porre domande e discutere esaurientemente direttamente con il Dr. Fabio D'Angelo. Sono consapevole che il Dr. Fabio D'Angelo non può garantire in assoluto un risultato soddisfacente, ma solo una corretta esecuzione delle procedure descritte. Sono stata/o inoltre informato/a che eventuali problemi organizzativi potrebbero causare rinvii dell'ora e/o del giorno dell'intervento. In tali condizioni, liberamente e volontariamente **CONCEDO IL MIO CONSENSO** affinché si realizzi il trattamento chirurgico di cui sopra.

Luogo e Data

Firma

-----

-----

**POSSIBILITÀ DI DISSENSO**

Rilegga questo documento anche dopo la firma. In ogni caso e per sopravvenuti dubbi può fare qualsiasi domanda o rinunciare alla procedura terapeutica proposta. Le sarà sufficiente, anche dopo il suo ingresso in ospedale, firmare il Suo dissenso, qui a seguito riportato.

Io sottoscritta/o .....

**DICHIARO IL MIO DISSENSO** dalla prosecuzione della procedura prevista.

Luogo e Data

Firma

-----

-----