

**CONSENSO INFORMATO  
INTERVENTO AL PIEDE**

**GIUSEPPE LUCATELLI  
CHIRURGO ORTOPEDICO**

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO CHIRURGICO

<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Data di nascita</b>	

Mi è stato proposto dal Dott. LUCATELLI un intervento chirurgico di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ programmato per il \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e gli scopi dell'intervento che verrà eseguito nel mio piede, sui prevedibili disagi e rischi che si possono originare così come sulle possibili alternative al trattamento propostomi.

A tale proposito mi è stato spiegato che per risolvere il mio caso, di cui sopra esistono numerose tecniche chirurgiche, ovviamente diverse tra loro, ognuna con le proprie indicazioni e controindicazioni.

Tali tecniche possono riassumersi in:

**Tecnica 1** Interventi che prevedono ferite più o meno ampie nel piede, finalizzate ad esporre i tessuti e le ossa dello stesso affinché sia possibile compiere, su tale segmento corporeo, tutte le opportune correzioni che poi andranno sintetizzate con mezzi metallici.

**Tecnica 2** Interventi che prevedono procedure mini-invasive ovvero percutanee (piccole incisioni) attraverso le quali effettuare l'intervento al termine del quale si utilizzano poi dei mezzi di sintesi metallici per stabilizzare le correzioni ottenute.

**Tecnica 3** Interventi che utilizzano tecniche mini-invasive ovvero percutanee senza l'utilizzo finale di mezzi di sintesi metallici ma solo fasciature che risolvono o riducono molti dei problemi affrontati con la chirurgia "a cielo aperto" diminuendo le possibili complicazioni, migliorando e accorciando i processi di recupero postchirurgico.

Essendo stato/a ampiamente informato/a su tutte le possibili soluzioni chirurgiche, ed avendone ben compreso tutti i vantaggi e svantaggi dell'una e dell'altra ho ritenuto opportuno scegliere la tecnica contrassegnata con il numero 1  2  3  della quale ho potuto prendere visione anche attraverso i siti web " www.allucevalgolucattelli.it " e "www.giuseppelucattelli.it "

Durante la visita specialistica a cui mi sono sottoposto/a in data \_\_\_\_\_, è stata effettuata da parte del Dott./Prof. LUCATELLI, una attenta analisi clinica e delle radiografie del mio piede per un controllo sulla fattibilità dell'intervento da eseguire con la tecnica sopra prescelta. L'esame ha confermato tale fattibilità. Ho potuto allora porre numerose domande in merito all'intervento, domande alle quali mi è stato risposto in maniera molto esauriente.

Inoltre, trattandosi di un intervento chirurgico,

## CONSENSO INFORMATO INTERVENTO AL PIEDE

### SONO STATO/A AMPIAMENTE INFORMATO/A

1. Sul tipo di anestesia a cui verrò sottoposto/a e più precisamente:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Generale             | <input checked="" type="checkbox"/> Loco regionale con sedazione | <input type="checkbox"/> Loco regionale senza sedazione |
| <input type="checkbox"/> Locale con sedazione |  | <input type="checkbox"/> Locale senza sedazione         |

In ogni caso accetto che il medico modifichi il trattamento anestesilogico programmato e concordato qualora lo dovesse ritenere necessario, fosse anche un'anestesia generale. A tal proposito mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è sicura; tuttavia, tale pratica come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da possibili complicanze anche se effettuata con perizia, diligenza e prudenza. In particolare, nel caso di difficoltà del controllo delle vie aeree, potrebbero verificarsi danni dentari e/o irritazioni nel naso e della gola o addirittura presentarsi la necessità di una tracheotomia. Qualora insorgessero gravi complicazioni potrebbe essere necessario il mio trasferimento presso un centro di rianimazione.

2. Sul fatto che dopo l'intervento nel **95%** dei casi il dolore post-operatorio è praticamente assente, che nei mesi successivi potrebbero verificarsi disagi legati a: edemi, gonfiori, dolori, infiammazione, impossibilità a portare scarpe con tacchi. Che, anche se raramente potrebbe presentarsi una infezione post-operatoria da trattare con antibiotici; che per considerare il piede completamente guarito potrebbero essere necessari anche sei/sette mesi. Il medico mi ha reso anche edotto del fatto che l'intervento non ha finalità estetiche ma si è reso necessario solo perché come più volte da me dichiarato, il piede è dolente e rende difficile la deambulazione. Sono stato/a altresì informato/a che nessuna garanzia mi può essere fornita circa l'esito dell'intervento e che l'incidenza di recidiva è, nelle casistiche mondiali, del 20% (venti per cento) circa.
3. Sulla possibilità di danni e/o lesioni vascolo-nervose e tissutali a carico di vasi, nervi o tessuti adiacenti all'area di intervento anche se l'intervento è stato eseguito con prudenza, perizia, diligenza. Tali danni, comuni a tutti gli interventi chirurgici, si esprimono solitamente sotto forma di sanguinamenti e sensazioni di anestesia. Le sensazioni di anestesia pur essendo solitamente temporanee, possono, in una ristretta percentuale dei casi, essere permanenti.
4. Sulle eventuali complicazioni da cause note ed ignote ovvero, emorragie, deiscenze di suture, reazioni allergiche, trombosi venose, pseudo-artrosi, dita più corte, rigidità articolari, recidive, etc.

Sono inoltre consapevole che nel corso dell'intervento si possono verificare condizioni impreviste tali da richiedere procedure diverse da quelle contemplate, procedure che l'operatore può intraprendere, qualora se ne ravvisasse la necessità avendo egli tutto il mio assenso.

Al fine di favorire il progresso delle conoscenze mediche e l'insegnamento, acconsento alla presenza di osservatori scientifici; alla ripresa fotografica e cinematografica delle parti ritenute più interessanti, a patto che non venga rilevata la mia identità.

Avendo riletto e compreso appieno tutto quanto sopra esposto, non avendo ulteriori domande da porre a chiarimento di residui dubbi, autorizzo il trattamento proposto ed ogni altra prestazione in rapporto allo stesso.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_