

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_ **data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue conduzioni di salute?	Rottura tendine.
Trattamento proposto:	<b>TENORAFFIA E/O REINSERZIONE TENDINEA</b>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	L'intervento si pone come obiettivo il recupero funzionale del paziente.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Riduzione della sintomatologia dolorosa e recupero dell'articolarià.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Complicanze peri-operatorie.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Persistenza della sintomatologia dolorosa ed impotenza funzionale.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	Possibile insorgenza di: <ul style="list-style-type: none"><li>• Complicanze settiche, emorragiche, cutanee, neurologiche.</li><li>• Tvp-tep.</li><li>• Exitus.</li><li>• Recidiva.</li><li>• Dolore cronico, impotenza funzionale.</li></ul>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Trattamento incruento della lesione, terapia antalgica.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Equipe SC Ortopedia e Traumatologia.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_