



Casa di Cura Privata “DI LORENZO” spa

Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

REPARTO DI OTORINOLARINGOIATRIA

**Per un Consenso
Informato e Consapevole**

Cognome e Nome: _____

INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI TONSILLECTOMIA

Fornite da.....
in qualità di.....
al.....

Signor
Nato a
il
residente in
Via/P.zza

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di tonsillectomia perché è affetto/a da.....

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe.

E' importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'intervento è quello di asportare le tonsille palatine, che sono formate da tessuto linfatico normale e localizzate nell'orofaringe una a destra e l'altra a sinistra del palato molle.

Tale intervento è giustificato perché:

- Vanno soggette ad infezioni ricorrenti;
- Hanno un volume tale da dare luogo a disturbi della deglutizione o della respirazione, il più grave dei quali è la sindrome da apnea ostruttiva notturna (disturbo della respirazione caratterizzato dall'ostruzione parziale prolungata e/o completa ma intermittente delle alte vie aeree, apnee ostruttive, che interrompono la normale ventilazione durante il sonno);
- Sono responsabili di complicanze infettive;
- Hanno determinato o possono determinare malattie a distanza (in altri organi).

Realizzazione dell'intervento

L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia generale. E' indispensabile, pertanto, la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento viene effettuato con strumenti introdotti dalla bocca.

Dopo l'intervento persistono sui lati della bocca,una per ciascun lato, due ferite aperte che impiegano dai quindici ai venti giorni per guarire. Queste ferite si ricoprono di una patina biancastra (escara) che non deve essere assolutamente asportata.

La deglutizione sarà dolorosa come in una forte faringite, soprattutto fra la terza e la sesta giornata postoperatoria.

L'alimentazione sarà inizialmente liquida e poi, gradualmente, semiliquida fino a tornare normale in seconda settimana.

Farmaci contro il dolore potranno essere prescritti solo dal chirurgo operatore.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Come tutti gli atti medici (esami , endoscopie, interventi sul corpo umano) che, pur se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di tonsillectomia può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Emorragia (sanguinamento) precoce: intra-operatoria o post-operatoria (dalla III-IV ora fino alla XXIV) per sanguinamento di vasi che possono avere calibro o decorso anomalo;
- Emorragia tardiva in 5[^] - 12[^] giornata è un evento raro. Richiede un trattamento immediato; qualsiasi sanguinamento, anche minimo, deve essere segnalato al chirurgo operatore;
- Un'emorragia massiva è di norma eccezionale e può necessitare di una emostasi locale o, anche, di un'operazione sul collo da eseguire in anestesia generale;
- Durante l'intervento si può verificare un'inalazione di sangue, a cui può seguire un'infezione broncopolmonare che dovrà essere trattata con appositi farmaci;
- A causa degli strumenti utilizzati per eseguire l'intervento chirurgico si possono verificare piccole lesioni della lingua o del labbro, che guariscono rapidamente, oppure mobilitazione o caduta di elementi dentari;
- Sindrome di Grisel: molto rara, consiste nella sub-lussazione dell'articolazione atlanto-assiale conseguente all'iper-estensione del capo, con immediato dolore cervicale (del collo) post-operatorio e torcicollo;
- Enfisema sottocutaneo: diffusione di aria al di sotto della cute, dovuta alla lesione accidentale dei muscoli del piano profondo della loggia tonsillare con crepitio alla palpazione e, raramente, difficoltà respiratoria; in genere si riassorbe in uno o due giorni;
- Si può verificare, anche se molto raramente, un'infezione cervicale tipo flemmone laterocervicale. La sua sintomatologia è data da febbre elevata, dolori cervicali e rigonfiamento del collo. Richiede una visita immediata del Suo chirurgo;
- Otaglia riflessa che generalmente raggiunge il culmine fra la terza e la sesta/settima giornata postoperatoria, ma non è grave e di norma non richiede trattamento alcuno;
- Modificazione della voce (voce da Paperino): rara, consiste nella modificazione del timbro della voce con risonanza nasale aumentata (rinolalia aperta), dovuta ad ipomotilità del velo palatino dopo la cicatrizzazione; in alcuni casi può essere necessaria una riabilitazione logopedica;
- Reflusso di liquidi dal naso durante la deglutizione: è dovuta ad asportazione di uno od entrambi i pilastri posteriori delle tonsille palatine; in genere questa si riduce o scompare del tutto nel giro di qualche settimana; in alcuni casi può essere necessaria una terapia riabilitativa;
- Perforazioni di uno o entrambi i pilastri tonsillari: visibili all'ispezione del cavo orale ma di scarsa rilevanza clinica;
- Faringite cronica: infiammazione cronica della gola legata alla mancanza della funzione di difesa svolta normalmente dalle tonsille a livello dell'istmo delle fauci;
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale/locale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

In particolare Lei conferma che:

- Non ha chiesto ulteriori spiegazioni;
- Ha chiesto ulteriori spiegazioni sui seguenti argomenti:
-
-
-

.....
.....
.....

Firma del medico che fornisce
le informazioni

Firma del paziente che ritira
le informazioni

.....

.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Nel corso dei colloqui orali mi sono stati spiegati:

- la natura dell'intervento e la sua indicazione per la mia patologia in atto;
- la portata dei benefici ottenibili e la possibilità di ottenerli in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che potrebbero rendersi necessarie revisioni per eventuali difetti, anche di natura estetica, non sempre imputabili ad errori di esecuzione tecnica;
- i rischi prevedibili dell'intervento, in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che comunque ogni intervento chirurgico può comportare rischi imprevedibili;
- la possibilità di scelte alternative, con spiegazione dei relativi benefici e rischi;

- il prevedibile periodo di ricovero e di convalescenza (salvo complicazioni) e le precauzioni postoperatorie indicate per evitare complicazioni, salvo quanto verrà più precisamente prescritto dopo l'intervento e nei successivi controlli.

Nel corso dei colloqui ho chiesto ed ottenuto i chiarimenti desiderati sui vari punti oggetto delle informazioni datemi.

Al termine mi è stato consegnato il prospetto scritto che precede ed integra le dette informazioni, con la raccomandazione di riconsiderarle attentamente, esprimere liberamente eventuali dubbi e quesiti ulteriori, riguardanti anche la comprensione dei singoli termini, e dichiarare infine se alla luce di tutto quanto sopra io ritenga di manifestare o meno il mio consenso all'intervento proposto.

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di tonsillectomia, che è stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione, di aver ben compreso in ogni loro parte le informazioni ricevute e di aver avuto il tempo necessario per riflettere. Ciò premesso, **esprimo/non esprimo** oggi il mio consapevole ed informato consenso ad essere sottoposto/a all'intervento chirurgico che verrà praticato dall'equipe di questa Unità in anestesia generale/locale e ne autorizzo altresì la tecnica operatoria propostami. Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente attualmente non prevedibile e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico propostomi.

Autorizzo/non autorizzo inoltre i sanitari curanti, qualora durante l'intervento evidenziassero altre patologie non diagnosticate precedentemente, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Autorizzo/non autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Infine **acconsento/non acconsento** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy.

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

.....

LUOGO.....

DATA.....

PER I PAZIENTI NON DI LINGUA ITALIANA

A= Dichiaro di comprendere bene la lingua italiana e di avere ben compreso sia le informazioni datemi che il consenso prestatato

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

.....

LUOGO.....

DATA.....

B=Dichiaro che per la comprensione delle informazioni e la prestazione del consenso mi sono avvalso di interprete, in persona del Signor

.....

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

.....

Dichiaro di avere fedelmente tradotto al Signor.....le informazioni ed il consenso e che il Paziente mi ha assicurato di averli esattamente compresi.

L'interprete.....

Residente in.....

Documento identità.....

Firma dell'interprete

.....

Firma del Signor.....in qualità

di.....

per attestazione della veridicità di quanto riportato nelle n°.....pagine che costituiscono parte integrante e non divisibile della presente documentazione di informazioni mediche e dichiarazione di consenso all'intervento chirurgico a cui il paziente deve essere sottoposto.

.....

LUOGO.....

DATA.....