



**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](mailto:info@dilorenzo.it) [www.dilorenzo.it](http://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 CORREZIONE FUNZIONALE DEL SETTO NASALE

**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 correzione funzionale del setto nasale 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 eliminare o di ridurre le deviazioni, gli speroni ossei e le dislocazioni congenite o post-traumatiche del setto nasale che impediscono il corretto passaggio di aria attraverso le fosse nasali (causando respirazione orale, russamento, otiti medie, disturbi di ventilazione dell'orecchio medio) ed ha lo scopo di consentire di respirare meglio con il naso contribuendo così a migliorare talvolta la capacità di percezione degli odori, qualora sia presente anche iposmia (diminuita capacità di percepire gli odori); l'intervento inoltre migliorando la ventilazione nasale riduce il rischio di rinosinusiti, di otiti e, in alcuni casi, contribuisce a ridurre l'intensità ed il numero degli episodi di cefalea (dovuta a contatto fra turbinato medio e setto). Infine la correzione funzionale del setto nasale può risolvere le deformità del naso esterno e/o della columella qualora dovute a deviazione del setto, contribuisce a ridurre gli episodi di emorragia nasale se la deviazione settale ne è una concausa e, talvolta, si rende necessaria in caso di accesso difficoltoso per interventi sui seni paranasali in endoscopia nasale, migliorandone poi i risultati funzionali.

## **Realizzazione dell'intervento**

L'intervento viene eseguito abitualmente:

- In anestesia locale;
- In anestesia generale.

In ogni caso è indispensabile la valutazione anestesiologicala preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento, di norma, è rapido e viene effettuato mediante strumenti introdotti nelle cavità nasali attraverso le narici e consiste nell'incisione della mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste il setto nasale e che secerne muco) del setto e nel suo scollamento dal setto stesso da entrambi i lati fino al pavimento delle fosse nasali, in modo da permettere l'asportazione delle parti eccedenti che impediscono la respirazione nasale. Successivamente la mucosa verrà riposizionata sul setto e suturata a punti staccati o transfissi. L'intervento di correzione funzionale del setto nasale di regola si associa ad intervento di riduzione dei turbinati inferiori. Al termine sarà eseguito il posizionamento di tamponi in entrambe le fosse nasali e, talvolta, di una placca di Silastic® in una o in entrambe le fosse nasali.

Il tamponamento nasale può provocare cefalea, bruciore agli occhi, iperemia congiuntivale e, obbligando ad una respirazione orale, una fastidiosa secchezza delle fauci; i sintomi scompaiono rapidamente dopo lo stamponamento che avverrà a distanza di pochi giorni.

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 correzione funzionale del setto nasale può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

### **Rischi di Complicanze**

I rischi di complicanze sono:

- Emorragia, legata a sanguinamento diffuso della mucosa, generalmente controllabile con la coagulazione bipolare o con il tamponamento nasale, ma può ripetersi anche al momento dello stamponamento;
- Ematoma (raccolta di sangue sotto la mucosa) del setto, complicanza che spesso può essere anche tardiva e che comporta il rischio di necrosi cartilaginea (morte della cartilagine del setto) con conseguente deformità del naso;
- Infezioni locali: cellulite (infezione del tessuto cellulare lasso sottocutaneo), ascesso (raccolta localizzata di pus), periostite (infezione del tessuto che riveste le ossa);
- Complicanze traumatiche: lesioni del seno mascellare (cavità pneumatica localizzata, una per ciascun lato, nello spessore dell'osso mascellare superiore al di sotto dell'orbita, comunicante con la fossa nasale omolaterale) o frontale (cavità pneumatica comunicante con la fossa nasale corrispondente e separata dall'altra analoga controlaterale da un setto osseo, localizzata nello spessore dell'osso frontale al di sopra dell'occhio ed al davanti dell'endocranio), irritazioni o lesioni dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio di epifora (lacrimazione patologica) per alcuni giorni nel caso di irritazioni o permanente nel caso di lesioni;
- Granuloma (formazione di tessuto di granulazione di natura infiammatoria) da corpo estraneo;
- Complicanze a patogenesi varia: lesioni cutanee, edema (gonfiore), disturbi della sensibilità degli elementi dell'arcata dentaria superiore, raramente insensibilità definitiva a livello dei denti incisivi superiori;
- Complicanze funzionali: ostruzione respiratoria nasale, rinite (infiammazione nasale) vasomotoria, parestesie (alterazione della sensibilità) del labbro superiore sono in genere disturbi temporanei; anosmia (perdita dell'olfatto), iposmia (riduzione dell'olfatto)
- A carico del setto nasale: perforazione del setto (che può causare disturbi respiratori nasali, piccole emorragie nasali, formazione di croste nasali), deviazione del setto (va ricordato peraltro che la cartilagine del setto nasale è una cartilagine elastica e pertanto dotata di una "memoria" che la porta a riassumere entro certi limiti la forma precedente l'intervento), deficit funzionali;

- Alterazioni della columella (porzione cartilaginea anteriore del setto): retrazione della columella, caduta della columella con deformazione della punta del naso che successivamente potrà essere corretta chirurgicamente;
- Alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: sinechie setto-turbinali (esiti cicatriziali dovuti a contatti tra setto e turbinati che possono causare ostruzione nasale persistente e vanno rimosse chirurgicamente), cisti mucose, lesioni a carico dei tessuti molli, croste nasali, secchezza della mucosa nasale, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale, lesioni cutanee, fistola naso-buccale (piccolo canale patologico che mette in comunicazione le fosse nasali con il cavo orale), estremamente rara ed in genere dovuta ad un intervento molto difficile per una deformazione complessa o per una malformazione;
- Lesioni intracraniche (delle strutture anatomicamente contigue alle fosse nasali) estremamente rare;
- Sindrome da shock settico, eccezionale e dovuta in genere al prolungato mantenimento in situ dell'eventuale tamponamento;
- Fistola artero-venosa (comunicazione tra arteria e vena);
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento, riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci, ipotensione e, in casi eccezionali arresto cardiaco);
- Complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, 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 correzione funzionale del setto nasale, 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 asportati 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.....