



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 PER POLIPOSIS NASO-SINUSALE

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 chirurgico di.....
perché è affetto/a da poliposi naso-sinusale.

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, che viene proposto dopo il fallimento delle terapie mediche attuate e la conferma della malattia con un'indagine radiologica (T.C. comunemente detta TAC) del massiccio facciale, è quello di asportare i polipi nasali, i quali sono dei tumori benigni che non diventano mai maligni, ma, ostruendo il lume delle fosse nasali, Le rendono difficile respirare con il naso. I polipi derivano dalla progressiva estroflexione della mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste l'interno delle cavità nasali e dei seni paranasali e che secerne muco) di rivestimento delle cavità dei seni etmoidali (struttura bilaterale e simmetrica, costituita da un insieme di cavità pneumatiche paranasali, divise dal turbinato medio in anteriori e posteriori, che è in rapporto per ciascun lato con il seno mascellare, il s. frontale, il s. sfenoidale, l'endocranio e l'orbita) e, talvolta, dei seni mascellari (cavità pneumatiche localizzate, una per ciascun lato, nello spessore dell'osso mascellare superiore al di sotto dell'orbita, comunicante con la fossa nasale omolaterale). L'intervento mira anche:

- con l'apertura dell'etmoide anteriore a creare una nuova ed ampia via di drenaggio tra cavità nasale/i e
 - o il/i seno/i frontale/i (cavità pneumatiche localizzate, una per ciascun lato, nello spessore dell'osso frontale, comunicanti con la fossa nasale omolaterale e separate fra loro da un setto osseo)

- il/i seno/i mascellare/i per ridurre il rischio di possibili processi infettivi a carico di questo/i seno/i o di loro riacutizzazioni, se questi si sono già manifestati precedentemente;
- con l'apertura dell'etmoide posteriore a creare una nuova ed ampia via di drenaggio tra cavità nasale/i e il/i seno/i sfenoidale/i (che è la cavità pneumatica sviluppata nel corpo dell'osso endocranico detto sfenoide e separata dalla controlaterale, spesso di dimensioni diverse, da un sottile setto) per ridurre il rischio di possibili processi infettivi a carico di questo/i seno/i o di loro riacutizzazioni, se questi si sono già manifestati precedentemente;

mira inoltre a ristabilire le condizioni idonee ad una corretta respirazione nasale che, oltre a correggere i disturbi della ventilazione e a ridurre così il numero degli episodi di infezioni dell'orecchio medio, migliora anche l'olfatto, qualora Lei sia affetto anche da iposmia (diminuita capacità di percepire gli odori).

L'intervento infine, migliorando la respirazione nasale, in alcuni casi, contribuisce a ridurre l'intensità ed il numero degli episodi di cefalea.

Prima dell'intervento

- è stata eseguita
- sarà eseguita
- non è necessario eseguire

anche una risonanza magnetica (R.M. o R.M.N.) del massiccio facciale.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento viene eseguito per via endonasale, senza cicatrici cutanee:

- 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.

Tale intervento consiste nell'asportazione per via endonasale

- Con ansa per polipi
- In endoscopia
 - Senza controllo video
 - Con controllo video

delle formazioni polipoidi e nell'apertura

- Delle cellule etmoidali anteriori
 - di Dx
 - di Sx
- Delle cellule etmoidali posteriori
 - di Dx
 - di Sx

Attraverso l'apertura dell'etmoide anteriore si assicura anche un'ampia via di drenaggio tra seno/i frontale/i e seno/i mascellare/i e cavità nasale/i evitando così che questi seni possano con il tempo andare incontro a processi di rinosinusite od a loro riacutizzazioni.

Attraverso l'apertura dell'etmoide posteriore si assicura anche un'ampia via di drenaggio tra seno/i sfenoidale/i e cavità nasale/i evitando così che questo/i seno/i possa/no con il tempo andare incontro a processi di rinosinusite od a loro riacutizzazioni.

Per facilitare le funzioni di drenaggio ed areazione del seno mascellare e/o frontale

- E' necessario anche ampliare in endoscopia
 - l'ostio del s. mascellare dx sx
 - il dotto o l'infundibolo del s.frontale dx sx
- Non è necessario ampliare in endoscopia
 - l'ostio del s. mascellare dx sx

- il dotto o l'infundibolo del s.frontale □ dx □sx

Per facilitare le funzioni di drenaggio ed areazione del seno sfenoidale □ dx □sx

E' necessario anche ampliare in endoscopia il suo ostio

Non è necessario ampliare in endoscopia il suo ostio

Al termine sarà eseguito il posizionamento di tamponi in una od entrambe le fosse nasali, che saranno rimossi dopo qualche giorno.

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.

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

Dopo l'intervento vanno eseguiti per un lungo periodo cure locali e controlli medici.

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.....
può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Emorragie: legate a sanguinamento diffuso della mucosa, a lesioni dell'arteria etmoidale anteriore o posteriore o della sfenopalatina, generalmente controllabili con il tamponamento nasale o con la coagulazione bipolare;
- Complicanze orbito-oculari: ecchimosi palpebrali (occhio nero), enfisema sottocutaneo (raccolta di aria nel tessuto sottocutaneo con crepitio alla palpazione e, raramente, difficoltà respiratorie; tale enfisema, in genere, si riassorbe in uno o due giorni), emorragie sottocongiuntivali, lesioni dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio epifora (lacrimazione patologica);
- Complicanze minori quali: parestesie (formicolii), infezioni sinusali (dei seni paranasali);
- Alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: per qualche mese, successivamente all'intervento, la formazione di croste nasali, con modesti e ripetuti sanguinamenti e sensazione di naso ostruito è inevitabile e per ridurla è sufficiente eseguire regolarmente dei lavaggi nasali con soluzione fisiologica; altre complicanze nasali sono costituite da sinechie (briglie cicatriziali all'interno delle fosse nasali che a volte possono causare difficoltà respiratoria nasale), secchezza della mucosa nasale, rinite cronica atrofica (infiammazione nasale caratterizzata da mucosa sottile, asciutta, talora ricoperta da croste), mucocele (raccolta di secrezione mucosa in un seno paranasale);
- Granuloma (formazione di tessuto di granulazione di natura infiammatoria) da corpo estraneo;
- Iposmia o anosmia cioè riduzione o perdita dell'olfatto sono, specialmente la seconda, complicanze relativamente rare;
- Recidiva (ricomparsa della malattia): evento abbastanza frequente ancorché imprevedibile, indipendentemente dalla tecnica operatoria e dal buon esito dell'intervento;
- Complicanze orbito-oculari: diplopia (visione doppia) fino alla cecità costituiscono, insieme alle successive eventi eccezionali;
- Complicanze cerebro-meningee quali: fistola liquorale (comunicazione tra cavità nasali e massa cerebrale con fuoriuscita dal naso di liquido cefalorachidiano), meningite (infezione delle membrane che rivestono l'encefalo), pneumoencefalo (penetrazione di aria nelle cavità encefaliche), ascesso (raccolta di pus) e/o emorragia epidurale (sanguinamento a livello della dura madre, meninge che riveste la cavità cranica) o intracerebrale;

- 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);
- Sindrome da shock settico, eccezionale e dovuta in genere al mantenimento prolungato in situ dell'eventuale tamponamento;
- Complicanze anestesiolgiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Anche se i rischi e le possibili complicanze possono generarLe ansia deve ricordare che la Sua patologia naso-sinusale è comunque soggetta, qualora non si intervenga, ad evoluzione spontanea con possibili complicazioni anche gravi ed uguali a quelle sopra esposte.

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.....
....., 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.....