



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 RESEZIONE DI ATRESIA COANALE CON TECNICA ENDOSCOPICA**

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

Signor
Nato a
il
residente in
Via/P.zza

Suo figlio/sua figlia/la persona di cui ha tutela dovrà essere sottoposto/a ad intervento di resezione di atresia coanale (si chiama coana l'apertura, pari e simmetrica, posteriore che mette in comunicazione le fosse nasali con la parte del canale comune alle vie respiratorie e digestive superiore al palato molle detta rinofaringe) con tecnica endoscopica (che consiste nella canalizzazione delle coane per via endonasale mediante l'uso di endoscopi) perché è affetto/a da atresia coanale (mancata apertura posteriore delle fosse nasali per permettere sia il passaggio dell'aria che il drenaggio delle secrezioni)

- Monolaterale
- Bilaterale.

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 ricanalizzare la parte posteriore

- della fossa nasale dx,
- della fossa nasale sx,
- di entrambe le fosse nasali,

che non si è correttamente aperte durante lo sviluppo embrionale.

L'intervento dovrà essere eseguito

- in condizioni di relativa urgenza poiché l'atresia coanale è bilaterale.
- differito poiché l'atresia coanale è monolaterale.

Prima dell'intervento è stato/sarà eseguito una indagine radiologica (T.C. , comunemente detta TAC) e, se necessario, anche una risonanza magnetica (R.M. o R.M.N.) del massiccio facciale

Va tenuto presente che qualora non si intervenga nell'atresia bilaterale potrebbe essere messa in pericolo la stessa sopravvivenza del bambino che non potendo respirare con il naso non riuscirebbe a poppare il latte.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento si svolge di norma in anestesia generale/locale. E' pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento viene effettuato per via endonasale mediante fibre ottiche

- senza controllo video
- con controllo video

e consiste nella ricanalizzazione, senza esiti cicatriziali né esterni né a livello della bocca, della/e coana/e (apertura posteriore che mette in comunicazione la fossa nasale con la parte del canale comune alle vie respiratorie e digestive superiore al palato molle detta rinofaringe) atresica/che. A tal fine saranno impiegati strumenti specifici, naturalmente idonei al calibro ridotto delle fosse nasali del bambino, con i quali si effettuerà l'incisione della mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste le strutture situate all'interno del naso) del setto posteriormente e lo scollamento del piano atresico (piano dell'ostruzione delle fosse nasali) che impedisce la respirazione nasale, in modo da permetterne l'asportazione. Successivamente la mucosa verrà riposizionata sulla parete laterale per impedire che l'apertura così creata possa richiudersi di nuovo.

In tal modo si ottiene che l'aria presente nel rinofaringe, che è cavo, possa passare nelle fosse nasali. L'intervento si concluderà con il posizionamento di tamponi in entrambe le fosse nasali che saranno rimossi dopo qualche giorno.

Talvolta può essere necessario ricalibrare l'apertura ottenuta con l'intervento e, pertanto, sono necessari dei controlli medici attenti e prolungati nel tempo in modo che il chirurgo possa intervenire al minimo segno di restenosi.

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 resezione di atresia coanale può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Emorragie, legate a sanguinamento diffuso della mucosa, generalmente controllabile con il tamponamento nasale o con la coagulazione bipolare; l'emorragia massiva che mette in pericolo la vita del paziente è eccezionale ed avviene, in genere, nel corso dell'intervento o nel decorso immediatamente post-operatorio;
- Ematoma (raccolta di sangue sotto la mucosa) del setto, complicanza spesso tardiva, 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), granuloma (formazione di tessuto di granulazione di natura infiammatoria) da corpo estraneo;
- Complicanze traumatiche: lesioni del seno mascellare o sfenoidale, lesioni dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio di epifora (lacrimazione), lesioni intracraniche (delle strutture anatomicamente contigue alle fosse nasali);
- Complicanze a patogenesi varia: fistola artero-venosa (comunicazione tra arteria e vena), devitalizzazione di denti, lesioni cutanee, edema (gonfiore).
- Complicanze funzionali: anosmia (perdita dell'olfatto), ipoosmia (riduzione dell'olfatto), ostruzione respiratoria nasale per nuova cicatrizzazione del piano atresico, rinite (infiammazione nasale) vasomotoria, parestesie (alterazione della sensibilità) del labbro superiore.
- Difficoltà respiratorie nasali dovute ad alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: sinechie (cicatrici all'interno delle fosse nasali che a volte possono causare difficoltà respiratoria nasale), cisti mucose, lesioni a carico dei tessuti molli, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale, lesioni cutanee;

- Formazione di croste nasali: è la regola e può causare modesti e ripetuti sanguinamenti e sensazione di naso ostruito; per ridurla è sufficiente eseguire regolarmente dei lavaggi nasali con soluzione fisiologica; talvolta può rendersi necessario un reintervento, soprattutto in caso di neonati;
- Setto (perforazione del setto, deviazione del setto, deficit funzionali);
- Fistola carotico-cavernosa (comunicazione tra la arteria carotide interna e il seno venoso cavernoso) secondaria a rottura della parete laterale del seno sfenoidale;
- Rottura del tetto della fossa nasale o del seno sfenoidale che, in genere, è dovuta a situazioni anatomiche particolari della parte alta delle cavità naso-sinusali e può causare: fistola rinoliquorale (passaggio di liquido cefalorachidiano dall'interno del cranio nelle fosse nasali), lesione del tessuto cerebrale, meningite e/o ascesso cerebrale per passaggio di batteri o virus dalle fosse nasali all'interno della cavità cranica;
- Complicanze anestesilogiche: 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 l'atresia coanale, cioè la patologia da cui Suo/a figlio/a è affetto/a, nel caso sia bilaterale può comunque, qualora non si intervenga, causare la morte del/lla bambino/a.

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 resezione di atresia coanale, 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 prospettatomi 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.....