



**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 EXERESI DI FISTOLA PRE-AURICOLARE

**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 exeresi (asportazione) di fistola al davanti del padiglione auricolare  dx  sx , poiché questa può accrescersi e andare incontro a infezioni ripetute.

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**

Questa fistola d'origine malformativa consiste in un tramite, prolungato per un tratto più o meno lungo, che termina con un orifizio cutaneo al davanti del padiglione auricolare. Le fistole sono già presenti alla nascita ma possono passare pressoché inosservate per le loro piccole dimensioni; la loro caratteristica è di non scomparire mai spontaneamente.

Il rischio evolutivo principale è la loro superinfezione, che può dare luogo alla formazione di un ascesso con la successiva apertura o fistolizzazione con scolo mucopurulento a livello della cute della regione situata al davanti del padiglione auricolare. Inoltre queste infezioni hanno la tendenza a recidivare. L'intervento dopo le infezioni diviene molto più indaginoso, poiché queste, creando delle aderenze cicatriziali, rendono più difficile la loro asportazione.

Talvolta si può attendere, sotto attenta sorveglianza, per qualche tempo prima di procedere all'intervento, che comunque è preferibile che venga effettuato appena si sia verificata la prima superinfezione.

## **Realizzazione dell'intervento**

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

L'intervento inizia con un'incisione cutanea davanti al padiglione auricolare □ dx □ sx per asportare la fistola. Per meglio seguire il tramite fistoloso si può iniettare in esso attraverso il suo orifizio del blu di metilene che colorandolo ne rende più agevole l'individuazione. La fistola va asportata con una piccola losanga di cute intorno al suo orifizio. Nella cavità operatoria si può lasciare per due/tre giorni un piccolo drenaggio (tubicino in silicone per aspirare la secrezione sieromematica evitando la formazione dell'ematoma, cioè della raccolta di sangue tra i tessuti). La durata dell'intervento è in genere breve, comunque in funzione del percorso del tramite della fistola.

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 exeresi di fistola pre-auricolare può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

### **Rischi di Complicanze**

I rischi di complicanze sono:

- Dolore per qualche giorno alla masticazione per la vicinanza alla regione operata dell'articolazione temporo-mandibolare; dolore ai movimenti del collo, in genere ben controllato con i comuni antinfiammatori-antalgici dovuto alla posizione della testa durante l'intervento;
- Emorragie post-operatorie, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico, in genere ben controllabili;
- Ematoma (raccolta di sangue nello spessore di un tessuto o in una cavità) post-operatorio è possibile ma raramente preoccupante;
- Infezione della sede dell'intervento, nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica, talvolta può obbligare ad un nuovo intervento;
- Cicatrizzazione dolorosa o esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate;
- Recidiva, sempre possibile anche se l'intervento è stato correttamente eseguito; si manifesta con la ricomparsa di una tumefazione o dell'orifizio fistoloso da cui può fuoriuscire un eventuale scolo mucopurulento;
  
- Paralisi del nervo facciale, eccezionali e dovute a pregresse infezioni della fistola o a reinterventi, con deficit dei muscoli della faccia e mancata chiusura palpebrale d'intensità variabile secondo le difficoltà chirurgiche incontrate ed il decorso anatomico del nervo; può essere:
  - temporanea, legata a sofferenza chirurgica del nervo; il recupero di una mobilità facciale normale e simmetrica può durare fino ad un anno e si può giovare di fisiochinesiterapia; nell'attesa che avvenga il recupero l'occhio andrà protetto con soluzione fisiologica e bendaggio ed ogni dolore od arrossamento oculare va segnalato per eseguire una visita oculistica;
  - permanente, rarissima e dovuta, in genere, a decorsi anomali dei rami del nervo facciale;
- Complicanze anestesilogiche : 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 exeresi (asportazione) di fistola pre-auricolare, 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 prestato

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.....