



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 ASPORTAZIONE DI CALCOLOSI DAL DOTTO SALIVARE

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

Signor
Nato a
il
residente in
Via/P.zza

Gentile Signora/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di asportazione di calcolo del dotto di:

- 🍏 Stenone,
- 🍏 Wharton,

da cui Lei è affetto/a.

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 i calcoli salivari;
- 🍏 Trattare un'eventuale stenosi (restringimento) infiammatoria del dotto causata dalla presenza stessa del calcolo.

I calcoli salivari sono delle concrezioni calcaree che si formano nei dotti delle ghiandole salivari :

- Sottolinguale dx; Sottolinguale sin;
- Sottomandibolare dx; dx; Sottomandibolare sin;
- Parotide dx; Parotide sin;

che possono ostacolare con la loro presenza il deflusso della saliva e determinare una stenosi infiammatoria del dotto escretore principale.

Lo scopo dell'intervento è quello di:

- 🍏 Rimuovere il calcolo;
- 🍏 Rimuovere il calcolo ed eseguire l'apertura della stenosi e la sua marsupializzazione (eversione e sutura dei bordi in modo da impedire che l'incisione si richiuda). La marsupializzazione può essere eseguita anche in mancanza di stenosi per ostacolare il ristagno di saliva che potrebbe indurre la formazione di nuovi calcoli.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia locale.

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

L'intervento, di norma, è rapido. Si introduce nel dotto una sonda fino a sentire l'ostacolo costituito dal calcolo; a questo punto si incide longitudinalmente il dotto al di sopra della sonda che ci fa da guida fino al calcolo o comunque fino alla stenosi (talvolta, se il calcolo è di dimensioni sufficientemente grandi, può funzionare da guida al posto della sonda). L'incisione del dotto parotideo può essere praticata solo se il calcolo non dista più di 10-15 mm dall'orifizio di sbocco del dotto altrimenti si può ledere il nervo facciale. Estratto il calcolo si reintroduce la sonda per accertarsi che non vi siano altri calcoli. Si esegue quindi la marsupializzazione del dotto. In caso di stenosi si impone una biopsia per eseguire l'esame istologico che permetta di escludere un tumore maligno.

La durata dell'intervento è di circa 15-20 minuti.

L'intervento può essere praticato in regime di Day Surgery o in alternativa con ricovero di un giorno.

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 asportazione di calcolo del dotto di:

● Stenone,

● Wharton,

può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Infezione della sede dell'intervento, talvolta estesa alla ghiandola salivare (che in rari casi può cronicizzate - scialoadenite cronica, o può indurre atrofia della ghiandola) dalla quale il dotto origina, nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica;
- Ematoma (raccolta localizzata di sangue) sottomucoso (la mucosa è il tessuto di colorito roseo intenso che riveste le cavità interne di organi che comunicano con l'esterno e che secerne muco) della guancia (per interventi al dotto di Stenone) o del pavimento orale (per interventi al dotto di Wharton)
- Emorragie post-operatorie, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico;
- Impossibilità alla totale rimozione del calcolo e trasformazione in intervento più esteso (vedi altri consensi);
- Stenosi cicatriziale del dotto con necessità di reintervento per disostruzione;;
- Fistole salivari, cioè formazione di un tramite non naturale tra il dotto e la mucosa del cavo orale (evento che di norma non necessita di alcun trattamento);
- Raramente lesione del nervo linguale causa di dolori alla lingua (vale solo per interventi al dotto di Wharton);
- Eccezionale è la lesione del nervo facciale (vale solo per interventi al dotto di Stenone) con :
 - Segni dinamici: latero-deviazione della rima labiale verso il lato opposto;
 - Segni statici: scomparsa del solco naso-genieno, caduta dell'angolo labiale del lato del nervo leso;
- Complicanze anestesiológicas: legate ai rischi dell'anestesia locale/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 asportazione di calcolo del dotto di:

🍏 Stenone,

🍏 Wharton,

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 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.....