



**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

## CONSENSO INFORMATO ALLA RINOPLASTICA

La/Il paziente.....nato/a a.....il.....

Residente.....prov.....recapito.....

.Affetta da :

- o **DEFORMITA' CONGENITA O ACQUISITA DELLA PIRAMIDE NASALE  
EVENTUALMENTE ASSOCIATA A:**
  - a) **SETTOSCOLIOSI**
  - b) **IPERTROFIA DEI TURBINATI**

Sarà sottoposta/o dal Dr. G. Orsini e dalla sua equipe ad intervento chirurgico di  
**RINOPLASTICA**

L' intervento di Rinoplastica:

- a) **PRIMARIA**
- b) **SECONDARIA**

sarà eseguito con tecnica:

- a) **CHIUSA** con incisioni:
  - Intercartilaginee
  - Intracartilaginee
  - Transfisse
  - Marginali
  - Paramarginali

b) **APERTA** con incisione:

- Continua che interessa anche la cute della columella.

La scelta è stata concordata con il/la paziente dopo attenta disamina delle condizioni preoperatorie e dell' obiettivo postoperatorio. In aggiunta ai colloqui preoperatori viene qui di seguito schematizzata la procedura chirurgica ed elencate le principali complicanze.

L' intervento sarà eseguito in :

- Narcosi
- Anestesia locale e sedazione

L' intervento comporterà :

- o Infiltrazione di anestetico locale con vasocostrittore

E consisterà nella :

- o Rimozione del gibbo osseo e cartilagineo
- o Osteotomie mediane e basali
- o Resezione parziale delle cartilagini triangolari
- o Rimodellamento di:
  - a) Setto
  - b) Cartilagini alari
  - c) Cartilagini triangolari
  - d) Proiezioni della punta
  - e) Angolo naso-frontale



## 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

- f) Sottosetto e columella
- g) Narici
  - o Uso di innesti ossei o cartilaginei
  - o Suture
  - o Tamponi nasali
  - o Gesso o placca di contenzione

La/Il paziente è stata/o edotta/o delle avvertenze e precauzioni da usarsi nei giorni successivi all' intervento ( tra cui la necessità di respirare solo con la bocca a causa dei tamponi nasali che verranno mantenuti per alcuni giorni a discrezione del chirurgo ) per minimizzare le complicanze.

Le principali complicanze di questo tipo di intervento sono rappresentate da :

- Ecchimosi
- Infezioni
- Emorragie o Epistassi
- Danni a carico dell' apparato lacrimale
- Deformità/Asimmetrie del profilo o della punta
- Lesioni cutanee
- Alterazioni dell' olfatto ed anosmia
- Riduzione del flusso d' aria
- Alterazione della sensibilità

Le complicanze specifiche degli innesti sono rappresentate da:

- Dislocazione
- Infezioni
- Eritemi e teleangectasie
- Eccessiva percezione dei margini dell' innesto

Ognuna delle citate complicanze è stata esaurientemente descritta alla/al paziente.

**La paziente DICHIARA :**

- o **Di aver letto attentamente il presente documento**
- o **Di aver ricevuto tutte le spiegazioni utili per un' adeguata comprensione**
- o **Di autorizzare il medico procedente ad effettuare il trattamento chirurgico sopra descritto**
- o **Di autorizzare eventuali variazioni al programma chirurgico concordato che si rendessero necessarie nel corso dell' intervento per salvaguardare la sua salute ed il risultato finale.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Firma del/della paziente \_\_\_\_\_