

INFORMAZIONE MEDICHE DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE
ALL' INTERVENTO CHIRURGICO DI SETTOPLASTICA / TURBINOTOMIA

Io sottoscritto ----- nato il ----/----/---- dichiaro di essere stato informato , sia durante la visita che durante il ricovero ,in modo a me chiaro e comprensibile dal Dott.----- che per la patologia riscontratami , e' indicato l' intervento chirurgico di

SETTOPLASTICA[tale intervento consiste nell'incisione della mucosa (tessuto di colorito roseo Intenso che riveste il setto nasale) del setto e nel suo scollamento dal setto stesso da entrambi i lati fino al pavimento delle fosse nasali in modo da permettersi l' asportazione delle parti eccedenti che impediscono la respirazione nasale . Successivamente la mucosa verrà riposizionata sul setto e suturata a punti staccati o trafissi ; l' intervento si concluderà con il posizionamento dei tamponi in entrambe le fosse nasali]

TURBINOTOMIA[tale intervento consiste nell' asportazione della mucosa ipertrofica che ricopre i turbinati e si concluderà con il posizionamento di tamponi in entrambe le fosse nasali] .

l' intervento verrà eseguito in anestesia generale .

trattandosi di un atto chirurgico , sono possibili alcune complicanze ,seppure molto rare , quali :

Emorragie legate a sanguinamento diffuso della mucosa (generalmente controllabile con il posizionamento di tamponi nasali o con la coagulazione bipolare) anche al momento della rimozione dei tamponi dalle fosse nasali .

Ematoma (raccolta di sangue sotto la mucosa) del setto , complicanza spesso tardiva ,che comporta

Necrosi cartilaginea (morte della cartilagine del setto) con conseguente deformità del naso

Formazione di croste

Secrezione nasale maleodorante

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.

La possibilità di scelte alternative, con spiegazione dei relativi benefici e rischi ;

Secchezza della mucosa nasale

Complicazione traumatiche : lesioni del seno mascellare o frontale , lesioni intracraniche (delle Strutture anatomicamente contigue alle fosse nasali)

Esacerbazione di attacchi di asma bronchiale

Complicanze a patogenesi varia : anosmia (perdita dell' olfatto),

ostruzione respiratoria nasale , rinite (infiammazione nasale) vasomotoria parestesie (alternazione della sensibilità) del labbro superiore, rinorea (secrezione nasale) , epifora (lacrimazione)

Sindrome da shock tossico

Alterazione della columella (porzione cartilaginea anteriore del setto) : retrazione della columella

Setto : perforazione del setto , deviazione del setto , deficit funzionali

Tessuti di rivestimento : sinechie setto turbinati (contatto tra setto turbinati) , cisti mucose , lesioni a carico dei tessuti molli, (restringimento) del vestibolo nasale , lesioni cutanee

Anestesiologiche : legate ai rischi dell' anestesia generale , con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

DICHIARAZIONE DÌ 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 passibilità di ottenerli in relazione 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 e 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 . Dichiaro pertanto di essere stato /a informato/a dei rischi connessi all' intervento di setto plastica /turbinotomia che e' stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione ,di aver ben compreso in ogni loro parte le informazioni ricevute e di aver avuto in tempo necessario per riflettere . Ciò ' premesso , esprimo oggi il mio consapevole ed informato consenso ad essere sottoposto /a all' intervento chirurgico che verrà praticato dall' equipe di questa Unità Funzionale 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 scontrassero difficoltà ad eseguire l' intervento chirurgico con la tecnica propostami verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curati riterranno idonee a scongiurare o limitare nel pericolo e, comunque a portare a termine l' intervento chirurgico nella migliore sicurezza ,ove necessario anche modificando il programma terapeutico propostomi . 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 l' utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatami durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedere finalizzate delle conoscenze in campo scientifico. Infine acconsento che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengono utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche ,nel completo riserbo della privacy

----/-----/----

firma del paziente o di chi ne fa le veci

NB: COPIA DEL PRESENTE VIENE CONSEGNATA/O ALLA PAZIENTE

