

**INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO  
DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO  
DI DRENAGGIO DI ASCESSO TONSILLARE O PERITONSILLARE**

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

Signor .....  
Nato a .....  
il .....  
residente in .....  
Via/P.zza .....

Gentile Signore/a,

Lei è affetto/a da ascesso  tonsillare  peritonsillare  dx  sx e pertanto dovrà essere sottoposto/a ad intervento di drenaggio dell'ascesso.

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**

L'ascesso  tonsillare  peritonsillare, da cui Lei affetto/a, Le causa dolore, febbre, difficoltà all'apertura della bocca ed alla deglutizione. Poiché il trattamento medico attuato (antibiotici, ecc.) non è stato sufficiente ad ottenere la guarigione dell'infezione, si rende necessario il suo drenaggio chirurgico. L'evacuazione della raccolta purulenta consente infatti di risolvere rapidamente la sintomatologia dolorosa, di bonificare il focolaio d'infezione, di riprendere l'alimentazione orale. Qualora non venga eseguito il drenaggio, possono manifestarsi gravi complicanze generali tossinfettive; inoltre la raccolta suppurata peritonsillare, scollando le fasce (involucri di rivestimento) muscolari cervicali (del collo), può discendere verso il basso e causare difficoltà respiratoria per edema (rigonfiamento) della parete faringea e delle strutture laringee o, complicanza ancora più temibile, una mediastinite (infiammazione purulenta del tessuto situato nel mezzo della cavità toracica con gravi conseguenze su organi molto importanti come cuore, polmoni, pleure, ecc., le quali, potendo causare anche il decesso, richiedono il ricovero in reparto di rianimazione per terapie intensive).

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
4	19/01/16	TEAM R.Q. O.R.L.	PRIMARIO

### **Realizzazione dell'intervento**

L'intervento viene eseguito abitualmente senza anestesia. Talvolta, nei bambini o in adulti poco collaboranti, può essere d'aiuto un'anestesia locale e, in casi particolari (bambini molto piccoli, adulti assolutamente incapaci di collaborare od impossibilitati ad aprire la bocca, ecc.), si può fare ricorso all'anestesia generale. In questi casi è indispensabile, pertanto, la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento viene effettuato con strumenti introdotti dalla bocca.

E' opportuno eseguire una puntura dell'ascesso, prima di inciderlo per drenarlo, allo scopo di localizzare con precisione la sede della raccolta, eseguire un prelievo della secrezione purulenta per un esame batteriologico ed un antibiogramma.

Una volta eseguita l'incisione e drenata la raccolta purulenta, va continuata la terapia antibiotica integrata da colluttori ed a distanza di 24 ore va ricontrollata la situazione locale e, se l'incisione tende a richiudersi, va riaperta per assicurare il drenaggio fino a quando non sussiste più il pericolo di formazione della secrezione purulenta.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Va consigliata la tonsillectomia per evitare le recidive dell'infezione.

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 drenaggio dell'ascesso  tonsillare  peritonsillare può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

### **Rischi di Complicanze**

I rischi di complicanze sono:

- tracce di sangue nella saliva per qualche giorno rientrano nella norma;
- emorragia massiva è rara ed in genere è dovuta a malformazioni dei vasi del collo;
- complicazioni settiche, dovute alla vicinanza alla sede dell'ascesso dei grossi vasi del collo (carotide comune e sue biforcazioni, giugulare interna, ecc.) e degli organi che fanno parte delle vie aeree e digestive, sono:

-setticemia e shock settico;

-ascesso degli altri spazi perifaringei e raccolte purulente nel collo;

-tromboflebite della vena giugulare interna;

-complicazioni respiratorie;

- drenaggio insufficiente con necessità di effettuarlo in anestesia generale;
- recidiva dell'ascesso peritonsillare;
- Complicanze anestesiológicas: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
4	19/01/16	TEAM R.Q. O.R.L.	PRIMARIO

**Ospedale Classificato Equiparato**  
**Sacro Cuore – Don Calabria**  
Presidio Ospedaliero Accreditato – Regione Veneto  
Reparto di Otorinolaringoiatria  
Primario: Dr. S. Albanese  
[orl@sacrocuore.it](mailto:orl@sacrocuore.it) tel: 0456013111

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.

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
4	19/01/16	TEAM R.Q. O.R.L.	PRIMARIO

Ospedale Classificato Equiparato  
**Sacro Cuore – Don Calabria**  
Presidio Ospedaliero Accreditato – Regione Veneto  
Reparto di Otorinolaringoiatria  
Primario: Dr. S. Albanese  
[orl@sacrocuore.it](mailto:orl@sacrocuore.it) tel: 0456013111

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di ascesso tonsillare, 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. Ciò sarà fatto nel rispetto della norma sulla tutela della riservatezza ( d.l.g.s. 196/2003).

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.

Il sottoscritto dichiara di esercitare la potestà genitoriale sul minore. Pertanto dichiara di prestare il consenso all'intervento anche per conto e nell'interesse dell'altro genitore.....esercitante la potestà genitoriale.

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

.....

LUOGO.....

DATA.....

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
4	19/01/16	TEAM R.Q. O.R.L.	PRIMARIO