

## IMPIANTO DI UNA PROTESI Uditiva OSSEOINTEGRATA TIPO B.A.H.A. (Bone Anchored Hearing Aid)

Nome e Cognome ..... Età .....  
N. della Carta identità ..... Numero della cartella clinica .....  
Medico informante .....

Questo documento informativo intende spiegare in modo semplice l'intervento chirurgico denominato IMPIANTO DI UNA PROTESI Uditiva OSSEOINTEGRATA TIPO B.A.H.A., nonché gli aspetti più importanti del periodo postoperatorio e le complicazioni più frequenti che possono verificarsi come conseguenza di questa operazione.

### BREVE DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA CHIRURGICA:

Il B.A.H.A. è un sistema che elabora il suono rendendo possibile l'ascolto mediante conduzione ossea diretta. In altre parole, il B.A.H.A. trasmette il suono attraverso le ossa del cranio, evitando in questo modo la trasmissione del suono attraverso il cosiddetto orecchio medio.

Il B.A.H.A. consta di due parti: una esterna, l'elaboratore del suono vero e proprio, ed una impiantata, il sistema di fissaggio alla parete laterale della testa. Il sistema di fissaggio è composto da una piccola vite in titanio, analoga a quelle utilizzate in ambito dentale/odontoiatrico, che si inserisce nella parete laterale della testa del paziente, dove si integra definitivamente all'osso, e da un perno fissato alla vite, su cui si applica l'elaboratore del suono, che viene così distanziato di pochi millimetri dalla cute. L'elaboratore del suono può essere collocato e rimosso dal paziente stesso mediante un semplice sistema a pressione.

L'intervento, eseguito in anestesia locale o generale, si realizza tramite un'incisione retroauricolare e successiva fresatura della squama temporale per l'alloggio della vite in titanio. È necessaria la depilazione definitiva di una piccola zona della testa per mantenere pulita la vite di titanio.

Dopo l'intervento, si colloca un'apposita fasciatura sulla testa del paziente. L'incisione viene cucita con alcuni punti di sutura che verranno tolti nel giro di alcuni giorni.

Il paziente rimarrà in ospedale per un periodo variabile da alcune ore fino ad alcuni giorni, a seconda della sua condizione postoperatoria. Successivamente verrà controllato negli ambulatori esterni al Servizio.

Una volta rimossa la medicazione postoperatoria sarà cura del paziente applicare le adeguate norme igieniche al fine di mantenere la vite e il sito impiantato nelle condizioni di pulizia necessaria.

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
1	19.01.2016	TEAM R.Q. O.R.L.	PRIMARIO

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

Qualora **NON SI EFFETTUAASSE QUESTO INTERVENTO**, il paziente continuerà con il livello uditivo precedente.

**BENEFICI PREVEDIBILI:** Il miglioramento dell'ascolto è variabile caso per caso. Generalmente si considera soddisfacente a seconda dello stato dell'orecchio interno. Questo intervento in ogni caso non peggiora la situazione uditiva pre-esistente

**PROCEDURE ALTERNATIVE:** La protesi osseointegrata tipo B.A.H.A. è indicata nei casi in cui le protesi uditive convenzionali sono inefficaci per l'insorgere di suppurazioni ripetute, intolleranze, malformazioni uditive, ecc.

**RISCHI SPECIFICI PIÙ FREQUENTI IN QUESTA PROCEDURA:** Anche se in genere poco frequenti, si possono verificare le complicazioni proprie di tutti gli interventi chirurgici, quali anestesilogici, emorragici, infettivi.

La complicazione più frequente in assoluto riguarda l'infezione della ferita intorno al perno della protesi, evento che in genere insorge per la mancata osservanza da parte del paziente delle condizioni di pulizia indicate.

Nei casi gravi l'infezione può estendersi all'osso e compromettere la stabilità della vite, che deve essere asportata.

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
1	19.01.2016	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

**DICHIARAZIONI E FIRME**

Dichiaro di essere stato informato dal medico sugli aspetti più importanti dell'intervento chirurgico a cui verrò sottoposto, della sua normale evoluzione, delle eventuali complicazioni e rischi, delle sue controindicazioni, delle conseguenze che deriverebbero nel caso in cui non mi sottoponessi al suddetto intervento e delle alternative a questa tecnica chirurgica.

Sono soddisfatto delle informazioni ricevute. Ho potuto formulare tutte le domande che ho ritenuto opportuno e mi sono stati chiariti tutti i dubbi che ho sollevato.

Dichiaro inoltre di non aver occultato informazioni essenziali sul mio caso, le mie abitudini o il mio stile di vita, che potrebbero essere rilevanti ai medici che mi hanno assistito.

Sono inoltre al corrente che l'intervento verrà eseguito dal medico più adeguato per il mio caso, nell'ambito dell'equipe medica presente il giorno dell'intervento.

Pertanto, DO IL MIO CONSENSO PER ESSERE OPERATO, e affinché, durante l'intervento, il chirurgo prelevi i campioni biologici che ritenga necessari per lo studio della mia situazione, o le immagini necessarie per l'adeguata documentazione del caso.

Qualora, durante l'intervento, il chirurgo rilevi degli aspetti della mia malattia che richiedano o rendano necessario modificare la procedura inizialmente stabilita, potrà farlo nel modo più conveniente per la mia salute, avvertendo la mia famiglia o, in sua assenza, prendendo la decisione per conto proprio. Conosco il mio diritto di revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento.

*Data*

*Firma del paziente*

*Firma del medico*

TUTORE LEGALE O FAMILIARE

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
1	19.01.2016	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

Il Sig./Sig.ra ..... numero della Carta d'identità  
..... in qualità di....., è consapevole che il paziente i cui dati figurano  
nell'instestazione, non è in grado di decidere in questo momento, ragion per cui assume la responsabilità della  
decisione, negli stessi termini che farebbe il paziente stesso.

*Firma del tutore o familiare*

Con la presente, ANNULLO qualsiasi autorizzazione scritta nel presente documento, che rimarrà senza effetto a  
partire dal momento della sottoscrizione.

Mi sono state illustrate le ripercussioni che questo annullamento potrebbe comportare sull'evoluzione del mio  
processo e, di conseguenza, ne prendo atto.

*Firma del paziente o rappresentante legale*

Data:

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
1	19.01.2016	TEAM R.Q. O.R.L.	PRIMARIO