

**INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE  
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI EXERESI DI CISTI O FISTOLA LATERALE  
DEL COLLO**

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

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

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di exeresi (asportazione) di cisti/fistola laterale del collo, poiché questa può accrescersi e andare incontro a infezioni ripetute. 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**

La cisti o la fistola laterale del collo, d'origine malformativa, sono dovute alla persistenza di un residuo embrionale del dotto tireoglossa. La cisti consiste in una tumefazione piena di liquido e la fistola in un orifizio cutaneo e/o faringeo (nella gola) prolungato per un tratto più o meno lungo nel collo, entrambe visibili nella regione laterale del collo. La cisti può rimanere silente e non evidenziabile anche per anni. Quando aumenta di volume si rivela come una tumefazione palpabile nella regione laterale del collo, che può andare incontro ad aumenti o a riduzioni di grandezza, senza mai scomparire completamente. Le fistole sono già presenti alla nascita ma possono passare pressoché inosservate per le loro piccole dimensioni ed anche perché il loro orifizio può essere solo a livello faringeo; loro caratteristica è di non scomparire mai spontaneamente. Il rischio evolutivo principale è la loro superinfezione, che può dare luogo alla formazione di un ascesso con la successiva apertura o fistolizzazione con scolo mucopurulento a livello della cute della regione laterale del collo. Inoltre queste infezioni hanno la tendenza a recidivare. Pur essendo estremamente rari i casi di carcinomi insorti in cisti o fistole laterali del collo è comunque obbligatorio l'esame istologico del materiale asportato. Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la cisti o

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**  
**Reperto di Otorinolaringoiatria**  
**Primario: Dr. S. Albanese**  
[orl@sacrocuore.it](mailto:orl@sacrocuore.it) tel: 0456013111

L'orifizio della fistola con il suo tramite fistoloso. Talvolta si può attendere, sotto attenta sorveglianza, per qualche tempo prima di procedere all'intervento, che comunque è preferibile che venga effettuato prima di una superinfezione importante.

### **Realizzazione dell'intervento**

L'intervento si svolge di norma in anestesia generale. E' pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione. L'intervento inizia con un'incisione cutanea in sede latero-cervicale □ dx □ sx, a livello della cisti che deve essere asportata integralmente. In caso di asportazione di una fistola è preferibile iniettare in questa del blu di metilene per meglio evidenziare il suo decorso che deve essere interamente asportato e, nel caso questo conduca sino allo spazio retrotonsillare, va asportata anche la tonsilla palatina omolaterale. Al termine dell'intervento viene posizionato in situ un drenaggio per evitare il formarsi di un ematoma (raccolta di sangue nella cavità operatoria), che fissato alla pelle sarà rimosso dopo tre-quattro giorni. La durata del ricovero ospedaliero e 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 exeresi (l'asportazione) chirurgica della cisti/fistola laterale del collo può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

### **Rischi di Complicanze**

I rischi di complicanze sono:

- Dolore per qualche giorno alla masticazione, alla deglutizione ed ai movimenti del collo, in genere ben controllato con i comuni antinfiammatori-antalgici;
- Emorragie post-operatorie, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico; talvolta l'emorragia può causare un ematoma compressivo del collo con difficoltà respiratoria che richiede un reintervento; l'emorragia massiva intra-operatoria è rarissima, dovuta, in genere , a cisti molto voluminose e necessita di una modifica della tecnica operatoria ;
- Infezione della sede dell'intervento (che nel caso della regione del collo può generare ascesso o infezione estesa alle fasce del collo), nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica;
- Cicatrizzazione esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi epoca stagionale, maggiormente in estate;
- Un'atrofia della cute può determinare a livello della zona operata una modificazione dei rilievi del collo;
- Recidiva, ossia formazione di una nuova cisti, sempre possibile anche se l'intervento è stato correttamente eseguito; si manifesta con la ricomparsa della tumefazione o dell'orifizio fistoloso da cui può fuoriuscire un eventuale scolo mucopurulento;
- Allargamento dell'intervento nella regione del collo con lo svuotamento latero-cervicale (vedi relativo consenso informato), se l'esame istologico evidenzia una trasformazione maligna;
- Complicazione nervosa che causa un disturbo nella motilità della lingua e l'incapacità a sollevare la spalla omolaterale;
- 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  
Reperto 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.

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di cisti laterale del collo, 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

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

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