

**INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO
DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO
DI DACRIOCISTORINOSTOMIA SECONDO TOTI**

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 dacriocistorinostomia per via esterna poiché è affetto/a da epifora (esagerata lacrimazione per eccessiva secrezione o per ostacolato drenaggio attraverso il canale lacrimale) e/o da un rigonfiamento dell'angolo interno dell'occhio dx sx.

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, indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

Le lacrime che normalmente drenano nel naso non possono più seguire il loro tragitto abituale poiché il canale lacrimale (che costituisce la via di drenaggio) è ostruito. Il rischio è che possa svilupparsi un'infezione del canale lacrimale stenotico (patologicamente ristretto).

Lo scopo dell'intervento è appunto di:

- Prevenire l'infezione delle vie lacrimali, che possono danneggiare sia l'occhio che la vista;
- Ottenere una ricanalizzazione delle vie lacrimali per evitare l'epifora.

Realizzazione dell'intervento

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
1	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 tel: 0456013111

L'intervento viene eseguito abitualmente 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 viene eseguito con un accesso esterno definito incisione para-lateronasale, localizzata tra l'occhio e il lato della piramide nasale.

Segue l'identificazione del sacco lacrimale, l'apertura di una breccia nella parete ossea del naso, l'apertura del sacco lacrimale che, normalmente in tali patologie appare rigonfio e colmo di muco o pus e l'abocciamento tra il sacco lacrimale e la mucosa nasale. Si inserisce quindi uno stent, un tubicino in silicone morbido, tra i punti lacrimali e la cavità nasale, che viene asportato dopo 2-3 mesi durante una visita di controllo.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo. Dopo l'intervento vanno eseguiti per un lungo periodo cure locali che consistono essenzialmente in lavaggi del naso e dell'occhio con soluzione fisiologica; vanno anche eseguiti per qualche tempo i controlli medici con la cadenza che Le verrà indicata.

Talvolta può risultare impossibile eseguire questo intervento per particolari situazioni dell'anatomia del naso.

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 dacriocistorinostomia per via esterna può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Emorragia di modesta entità, in genere facilmente controllabile con il tamponamento;
- Gonfiore della palpebra dovuto al passaggio di aria o ad una piccola ecchimosi della palpebra inferiore in occasione di uno starnuto o di una soffiata di naso; dopo questo intervento si deve starnutire e soffiare il naso turando la narice del lato operato;
- Infezione dell'angolo interno dell'occhio che necessita di terapia antibiotica;
- Esiti cicatriziali a livello della mucosa nasale che possono determinare restringimenti del lume nasale con difficoltà respiratorie;
- Disturbi della vista per lesione dei muscoli dell'occhio o per abbassamento della visione, sono complicanze eccezionali che vanno riferite immediatamente al medico operatore;
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento; raramente si può verificare riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci, ipotensione e, in casi eccezionali, arresto cardiaco);
- Recidiva (ricomparsa della malattia), evento indipendente dalla tecnica operatoria e dal buon esito dell'intervento, per cui necessitano controlli periodici;
- Complicanze anestesiológicas: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico e decesso.

In particolare Lei conferma che:

- Non ha chiesto ulteriori spiegazioni;
- Ha chiesto ulteriori spiegazioni sui seguenti argomenti:

.....
.....
.....

Firma del medico che fornisce

Firma del paziente che ritira

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
1	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 tel: 0456013111

le informazioni

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 sopra descritto, 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 ad intervento chirurgico che verrà praticato dall'equipe di questa Unità in anestesia generale/locale e ne autorizzo altresì la tecnica operatoria propostomi. 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 propostomi, 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 asportatimi 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

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
1	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 tel: 0456013111

.....
LUOGO..... DATA.....

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
1	19/01/16	TEAM R.Q. O.R.L.	PRIMARIO