

**INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO  
DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO  
PER ESOSTOSI DEL CONDOTTO Uditivo ESTERNO**

**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 asportazione di un'esostosi del condotto uditivo esterno. 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'esostosi del condotto uditivo esterno è un restringimento di quest'ultimo, dovuto all'aumento di volume delle pareti ossee, che causa infezioni ricorrenti ed ipoacusia (indebolimento dell'udito).

L'intervento ha lo scopo di asportare le escrescenze ossee in modo da ristabilire un normale calibro del condotto uditivo esterno. Qualora l'intervento non venga eseguito l'ostruzione ossea progredisce fino a determinare un'infezione cronica che si può estendere all'orecchio medio (detto anche cassa del timpano, è uno spazio irregolare all'interno dell'osso temporale che contiene la catena degli ossicini, cioè staffa, incudine e martello, che presiedono alla trasmissione dello stimolo sonoro; in esso è presente anche aria che vi giunge attraverso il cavo rinofaringeo, cioè quella parte della faringe che si trova dietro le cavità nasali, con cui comunica tramite la tuba di Eustachio)

**Realizzazione dell'intervento**

L'intervento si svolge di norma in anestesia generale; in aggiunta può pure essere eseguita un'anestesia locale mediante infiltrazione con Xylocaina. E' pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento si svolge di regola attraverso il condotto uditivo esterno e quindi senza cicatrici cutanee, ma se occorre un approccio esterno esiterà una piccola cicatrice, scarsamente visibile,

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

davanti o dietro l'orecchio. Dopo aver inciso la cute in corrispondenza dell'escrescenza ossea, la si scolla da quest'ultima che poi viene asportata. Al termine, dopo aver affrontato i margini dell'incisione cutanea anche senza necessità di sutura, si tampona il condotto uditivo esterno.

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 asportazione di un'esostosi del condotto uditivo esterno può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

### **Rischi di Complicanze**

I rischi di complicanze sono:

- Dolore modico nella regione dell'intervento, che aumenta con la masticazione e che, comunque è ben controllabile farmacologicamente;
- Piccole lesioni della membrana timpanica verificatesi durante l'intervento, se non sussiste un'infezione cronica dell'orecchio medio, guariscono facilmente senza lasciare esiti; Perforazioni maggiori che richiedono un trattamento chirurgico di timpanoplastica;
- Infezione locale, favorita dai tempi molto lunghi per ottenere la cicatrizzazione e richiede cure locali assidue e controlli medici periodici per evitare la stenosi (il restringimento ) del condotto uditivo esterno;
- Dolore per qualche giorno alla masticazione per la vicinanza alla regione operata dell'articolazione temporo-mandibolare; dolore ai movimenti del collo, in genere ben controllato con i comuni antinfiammatori-antalgici dovuto alla posizione della testa durante l'intervento;
- Anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare (che consente l'apertura della bocca), molto rara, dovuta alla vicinanza dell'articolazione alla zona dell'intervento, richiede trattamenti specifici dello specialista in chirurgia maxillo-facciale;
- Paralisi del nervo facciale, è eccezionale e dovuta, in genere, alla vicinanza delle deformazioni del condotto uditivo esterno e può richiedere un intervento chirurgico di decompressione del nervo che così potrà riprendere la sua normale funzione; la paralisi permanente è rarissima e dovuta, in genere, a decorsi anomali dei rami del nervo facciale;
- Sordità post-operatoria, è un evento più che eccezionale;
- Complicanze anestesologiche : 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.

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di esostosi, 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,

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

**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 propositami . 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 propositami, 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 propositomi.

**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

.....

LUOGO.....

DATA.....

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