

**INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO
DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO
DI RIDUZIONE E CONTENZIONE DELLE FRATTURE DELLE OSSA
PROPRIE DEL NASO**

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 riduzione e contenzione della frattura delle ossa nasali, perché è affetto/a da una frattura delle ossa proprie del naso che determina una deformazione della piramide nasale che causa un restringimento dello spazio respiratorio nasale, indipendente dall'edema (rigonfiamento dei tessuti dovuto all'eccessiva imbibizione del costituente liquido del sangue) ed evidenziato sia dall'esame clinico che da quello radiologico.

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 anestesi. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'intervento è quello di posizionare, nella loro posizione originaria, le ossa proprie del naso o i frammenti ossei spostati in seguito ad un trauma sulla piramide nasale, in modo da ristabilire la morfologia e la funzione respiratoria nasale nel modo più simile possibile a quello precedente l'evento traumatico. Se è relativamente facile rimettere l'osso nasale nella posizione originale, non è altrettanto facile ottenere lo stesso risultato con le cartilagini nasali, che, una volta fratturate, hanno la tendenza a rideformarsi successivamente.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento viene eseguito abitualmente:

In anestesia locale;

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 **tel: 0456013111**

In sedazione (neuro leptoanalgesia)

In anestesia generale.

In ogni caso è indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione. L'intervento, di norma, è rapido e viene effettuato mediante manovre manuali sulla piramide nasale e mediante l'uso di strumenti introdotti nelle cavità nasali. L'intervento si concluderà con il posizionamento i tamponi in entrambe le fosse nasali e con l'applicazione sul dorso nasale di un'idonea mascherina in gesso o metallo o resina mantenuta in sede con cerotti.

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 di norme in vigore, anche l'intervento di riduzione e contenzione della frattura delle ossa nasali proprie puo' comportare dei rischi di complicanze sono:

- Emorragia, legata a sanguinamento diffuso della mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste l'interno delle cavità nasali e che secerne muco), generalmente controllabile con la coagulazione bipolare o con il tamponamento nasale, ma può ripetersi anche al momento della rimozione dei tamponi dalle fosse nasali;
- Disturbi legati al tamponamento nasale che può provocare senso di fastidio nasale, cefalea, bruciore agli occhi, iperemia congiuntivale, lacrimazione e , obbligando ad una respirazione orale, una fastidiosa secchezza delle fauci, apnea ostruttiva notturna, disfunzione della tuba di Eustachio (condotto virtuale che fa comunicare l'orecchio medio con il rinofaringe, cioè la parte della faringe posta dietro il naso); i sintomi scompaiono rapidamente dopo lo stamponamento, che di norma viene effettuato dopo qualche giorno;
- Infezioni locali quali: cellulite (infezione del tessuto cellulare lasso sottocutaneo), ascesso (raccolta localizzata di pus), periostite (infezione del tessuto che riveste le ossa), condrite (infezione della cartilagine); sono favorite dal fatto che la frattura delle ossa proprie del naso è una frattura aperta nelle cavità nasali e, in genere, si possono evitare con terapia antibiotica di copertura; eccezionalmente la condrite può determinare una deformazione della piramide nasale, che successivamente potrà essere corretta con un secondo intervento;
- Lesioni traumatiche dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio di epifora (lacrimazione patologica); Lesioni a carico dei tessuti molli, quali abrasioni e lacerazioni della mucosa e/o cutanee;
- Complicanze a patogenesi varia: lesioni cutanee, edema (gonfiore);
- Granuloma (formazione di tessuto di granulazione di natura infiammatoria) da corpo estraneo;
- Alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: sinechie setto-turbinali (esiti cicatriziali dovuti a contatti tra setto e turbinati), cisti mucose, lesioni a carico dei tessuti molli, croste nasali, secchezza della mucosa nasale, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale, lesioni cutanee;
- A carico del setto nasale: perforazioni del setto nasale;
- Complicanze funzionali: anosmia (perdita dell'olfatto), iposmia (riduzione dell'olfatto), ostruzione respiratoria nasale;
- Al momento della rimozione dei tamponi: riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci ed ipotensione, talvolta con perdita di coscienza ed, , in casi eccezionali, arresto cardiaco, abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento);
- Sindrome da shock settico, evento veramente eccezionale.

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 tel: 0456013111

Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale/locale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

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 tel: 0456013111

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di frattura ossa nasali, 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