

**INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO
DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO
DI ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA SOTTOMANDIBOLARE**

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 della ghiandola sottomandibolare perché è affetto/a da

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

Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la ghiandola sottomandibolare perché affetta:

- Da infiammazione di tipo cronico, non risolvibile con terapia medica, dovuta a:
 - o Litiasi (calcolosi);
 - o Altro, cioè a.....;
- Da tumore che può:
 - o aumentare di volume;
 - o infettarsi;
 - o diventare maligno in un secondo tempo;
- Da tumore, di cui è necessario precisare la natura benigna o maligna;
- Da tumore di tipo maligno.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia generale. E' indispensabile, pertanto, la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

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

L'intervento inizia con un'incisione in sede sottomandibolare, lunga pochi centimetri, ad andamento lievemente curvilineo a concavità verso l'alto, parallela al margine inferiore della mandibola e praticata lungo una piega cutanea per renderla meno visibile. L'asportazione della ghiandola sottomascellare avviene mediante dissezione chirurgica sottocapsulare e termina con la legatura del dotto salivare escretore che ha il suo sbocco nella cavità orale sotto la lingua e con posizionamento di un drenaggio (un tubicino) posto in un lato della ferita chirurgica per scaricare i liquidi ematici che si possono formare e che di norma verrà rimosso in III-IV giornata post-operatoria. Se l'intervento è stato effettuato per un'infezione di tipo cronico, maggiormente se dovuta a calcoli, sarà bene verificare che a valle della legatura del dotto escretore non permangano dei calcoli, che, in caso affermativo, potranno essere asportati mediante una piccola incisione del dotto sul pavimento della bocca sotto la lingua.

Qualora l'intervento sia stato praticato per:

1. una tumefazione dovuta a causa non determinata,
2. un tumore di cui ignoriamo se sia di tipo benigno o maligno,

verrà inviato all'istologo un frammento di ghiandola contenente, anche una parte

1. della tumefazione
2. del tumore

affinché con l'esame istologico precisi la natura della lesione. In caso si tratti di tumore maligno di norma è bene eseguire uno svuotamento linfonodale (asportazione di tutti i linfonodi, che sono noduli di tessuto linfatico situati sul decorso dei vasi linfatici) laterocervicale del lato ove era situata la ghiandola sottomandibolare asportata (vedi relativo consenso informato). Lo svuotamento comporta un prolungamento dell'incisione cutanea nella regione del collo. I linfonodi asportati saranno inviati dall'istologo per l'esame istologico che preciserà se sono sede di riproduzione di malattia o meno.

La durata dell'intervento varia in funzione della patologia che lo ha causato, delle difficoltà che vengono incontrate e dei risultati dell'esame istologico eventualmente eseguito intraoperatoriamente.

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 della ghiandola sottomandibolare può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

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

I rischi di complicanze sono:

- ⤴ Emorragia post-operatoria, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico;
- ⤴ Ematoma (raccolta localizzata di sangue) post-operatorio, in genere scarso e poco preoccupante;
- ⤴ Modico dolore nella zona dell'intervento, che di norma non richiede alcun trattamento od, al massimo, i comuni antinfiammatori-analgescici;
- ⤴ Deficit funzionale di un ramo del nervo facciale dello stesso lato (nervo marginalis mandibulae) con incapacità di vario grado di muovere verso il basso la metà del labbro inferiore del lato operato. Nella maggioranza dei casi però questo deficit è solo temporaneo ed un recupero funzionale si può verificare in un intervallo di tempo tra 1 e 12 mesi.; può essere utile un'eventuale fisioterapia per affrettare i tempi del recupero;
- ⤴ Infezione della sede dell'intervento, generalmente ben controllata da terapia antibiotica;
- ⤴ Fistola salivare, cioè formazione di un tramite tra cute e mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste le cavità interne di organi che comunicano con l'esterno e che secerne muco) del cavo orale, con fuoriuscita di secrezione salivare, qualora si sia verificata una soluzione di continuo sul pavimento della bocca; generalmente tende rapidamente alla chiusura spontanea;
- ⤴ L'infossamento talvolta evidenziabile, una volta tolta la medicazione, sotto il margine della mandibola nella zona dove era situata la ghiandola asportata si ridurrà progressivamente con il trascorrere del tempo;
- ⤴ In caso di aderenze, soprattutto alla parte profonda della lingua, molto raramente, anche perché l'anatomia della zona in cui si interviene è ben conosciuta dal Suo chirurgo, si può verificare:
 1. Traumatismo del nervo responsabile della motilità della lingua (nervo ipoglosso), che comporta un suo deficit con ipomotilità dell'emilingua, con scarse conseguenze sulla parola e sulla deglutizione, più spesso temporaneo;
 2. Raramente lesione del nervo linguale, causa di dolori alla lingua e di disturbi di sensibilità del cavo orale;
- ⤴ Formazione di cheloide, cioè tessuto cicatriziale esuberante, legato generalmente ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate; potrà giovare di cure particolari;
- ⤴ Complicanze minori quali: parestesie (formicolii) o anestesia (perdita della sensibilità) o ipoestesia (diminuzione della sensibilità) nella regione sottomandibolare della ghiandola asportata; questi disturbi si attenueranno progressivamente con il trascorrere del tempo.
- ⤴ Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

In particolare Lei conferma che:

Non ha chiesto ulteriori spiegazioni;

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

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 ghiandola sottomandibolare 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.

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

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