

**INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE  
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI PAROTIDECTOMIA**

**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 parotidectomia 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 parotide perché affetta:

1. Da un tumore che può:
  - ▲ aumentare di volume;
  - ▲ infettarsi;
  - ▲ diventare maligno in un secondo tempo;

eventi questi che aumentano la difficoltà dell'intervento aumentando peraltro il rischio di lesione del nervo facciale (che permette la motilità e la mimica della faccia) che attraversa questa ghiandola;

2. Da un tumore , di cui è necessario precisare la natura benigna o maligna;
3. Da un tumore di tipo maligno.

**Realizzazione dell'intervento**

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'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. Tale intervento consiste nell'asportazione della ghiandola parotide mediante un'incisione eseguita anteriormente al padiglione auricolare e quindi, per renderla meno visibile, prolungata sotto il lobulo e per alcuni centimetri a livello del collo. Sarà necessario repertare ed isolare il nervo facciale per effettuare l'asportazione del tumore con il tessuto ghiandolare che lo circonda. Il pezzo operatorio asportato sarà inviato, durante l'intervento, al patologo affinché con l'esame istologico estemporaneo precisi la natura della lesione; pertanto la parotidectomia, a seconda della risposta, sarà:

1. Parziale se l'esame deporrà per un tumore sicuramente benigno e senza rischio di recidiva;
2. Totale se l'esame deporrà per un tumore così detto misto (adenoma pleomorfo), che rappresenta la forma di tumore più frequente delle ghiandole salivari ed in particolare della parotide; questo per evitare il rischio di recidiva in considerazione che questo tumore, pur essendo benigno, è considerato a "malignità intermedia", cioè può degenerare e diventare maligno, soprattutto in caso di recidiva;
3. Totale ed associata a 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 parotide asportata, se l'esame deporrà per tumore maligno (vedi relativo consenso informato).

Lo svuotamento linfonodale del collo comporta il prolungamento dell'incisione cutanea nella regione del collo. I linfonodi asportati saranno inviati dal patologo per l'esame istologico che preciserà se sono sede di ripetizione di malattia o meno. Verrà infine posizionato 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. La durata dell'intervento varia in funzione della patologia che lo ha causato, delle difficoltà che vengono incontrate e dei risultati dell'esame istologico 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 parotidectomia può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

### **Rischi di Complicanze**

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;
- ⤴ Dolore e difficoltà transitoria alla masticazione, dovuti alla vicinanza alla zona dell'intervento dell'articolazione temporo-mandibolare; può comparire, a causa della posizione della testa durante l'intervento, anche dolore cervicale che di norma non richiede alcun trattamento od, al massimo, i comuni antinfiammatori-analgesici;
- ⤴ Infezione della sede dell'intervento, generalmente ben controllata da terapia antibiotica;
- ⤴ Fistola salivare, cioè formazione di un condotto tra la zona ove era la ghiandola e la cute, con fuoriuscita di secrezione salivare; la fistola è dovuta alla persistenza di piccolissimi residui di parenchima ghiandolare e, poiché questi vanno rapidamente incontro ad atrofia, tende rapidamente alla chiusura spontanea;
- ⤴ Quando verrà rimossa la fasciatura si evidenzierà dietro l'angolo della mandibola un'area di depressione che è dovuta alla rimozione della ghiandola e che con il tempo si attenuerà leggermente;
- ⤴ E' possibile un deficit del nervo facciale, di grado variabile a seconda delle difficoltà chirurgiche e della variabilità anatomica del nervo, con paralisi dei muscoli della metà della faccia del lato interessato e perdita della motilità e mimica facciale nonché mancata chiusura palpebrale; in genere è temporaneo e dovuto a traumatismo chirurgico ma senza sezione del nervo: il recupero funzionale può essere affrettato

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

anche con sedute di fisioterapia; però nel frattempo è bene proteggere l'occhio e, se compare arrossamento o dolore, vanno segnalati onde eseguire un controllo oculistico;

- ▲ La paralisi del nervo facciale permanente è molto rara e può verificarsi :
  1. Per sacrificio chirurgico, nei casi in cui il nervo sia interessato dalla patologia maligna;
  2. Qualora sia impossibile trovare un piano di clivaggio (separazione) tra nervo e tessuto patologico in caso di tumore infettatosi o di reintervento;
  3. Qualora la paralisi del nervo facciale esista già prima dell'intervento;
  
- ▲ Successivamente all'intervento, per circa un anno, si può verificare il così detto fenomeno di Frey, che consiste in una "sudorazione" , in coincidenza dei pasti, nella regione dove era la parotide asportata. Questa eventualità è di intensità variabile e va riferita al chirurgo;
- ▲ La cicatrice, per infiammazione, può essere molto sensibile e dolorosa anche per un periodo molto lungo;
- ▲ 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) della guancia e del padiglione dell'orecchio; 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;
- 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;

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

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 parotidectomia i, 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