

**INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO
DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO
DI RIDUZIONE DELLE DIMENSIONI DEI TURBINATI**

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 delle dimensioni dei turbinati 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 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 consentirle di respirare meglio con il naso risolvendo con terapia chirurgica, visto l'insuccesso delle terapie mediche e locali, l'ostruzione nasale legata all'aumento di volume del/i turbinato/i inferiore/i (i turbinati sono tre sporgenze sovrapposte per ciascun lato delle pareti laterali delle fosse nasali: *t. inferiore, t. medio, t. superiore; raramente può essere presente anche un quarto turbinato: il t. supremo*). L'intervento, qualora Lei sia affetto anche da ipoosmia (diminuita capacità di percepire gli odori), potrebbe migliorare il Suo olfatto ed inoltre, migliorando la ventilazione nasale, ridurre il rischio di rinosinusiti, di otiti medie e, in alcuni casi, contribuire alla riduzione dell'intensità ed del numero degli episodi di cefalea. L'intervento non ha alcun effetto sugli starnuti e sulla rinorrea (secrezione di muco dal naso in notevole quantità).

Realizzazione dell'intervento

L'intervento viene eseguito abitualmente:

- In anestesia locale (con Xylocaina);
- In anestesia generale.

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 ogni caso è indispensabile la valutazione anestesiologicala preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento di norma è rapido e permette di evitare cicatrici cutanee poiché viene effettuato per via endonasale

senza endoscopio

con endoscopio

mediante

Strumenti chirurgici di tipo tradizionale

Laser

In parte con strumenti di tipo tradizionale, in parte anche mediante laser o radiofrequenze (onde elettromagnetiche la cui frequenza cade entro il campo delle onde hertziane o radioonde)

e consiste

nella riduzione dell'ipertrofia del/i turbinato/i inferiore/i.

nella riduzione di concha bullosa (consiste in una specie di dilatazione sacciforme del/i turbinato/i medio/i piena di aria).

nell'asportazione di piccole neoformazioni.

nel completamento di un intervento chirurgico endonasale (ad es. nell'intervento di correzione funzionale del setto nasale, nell'intervento di asportazione di polipi naso-sinusal, etc.).

Il turbinato inferiore può essere ridotto:

Introducendo al suo interno un ago da caustica che provoca una cicatrice da ustione al suo interno rispettando la mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste l'interno delle cavità nasali e che secerne muco).

Cauterizzandolo con il laser.

Incidendone la mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste l'interno delle cavità nasali e che secerne muco) a livello della sua testa e creando un tunnel al suo interno lungo il suo osso che può anche essere resecato.

Fratturando il suo osso e lateralizzandolo.

Asportandone la parte ipertrofica caudale.

La concha bullosa viene ridotta resecandone la porzione laterale ed, eventualmente, asportando la mucosa iperplastica della parte della bulla che rimane in sede

Al termine, per evitare il sanguinamento, potrà o meno essere eseguito il posizionamento di tamponi in entrambe le fosse nasali. Qualora venga eseguito il tamponamento verrà di norma anche prescritta una terapia antibiotica.

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

Il tamponamento nasale può provocare cefalea, bruciore agli occhi, iperemia congiuntivale e, obbligando ad una respirazione orale, una fastidiosa secchezza delle fauci; i sintomi scompaiono rapidamente dopo lo stamponamento che avverrà a distanza di pochi giorni.

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 riduzione delle dimensioni dei turbinati può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Emorragia, legata a sanguinamento diffuso della mucosa, generalmente controllabile con la coagulazione bipolare o con il posizionamento di tamponi nasali, ma può ripetersi anche al momento della rimozione dei tamponi dalle fosse nasali;
- Rinorrea (secrezione nasale);
- Talvolta possono verificarsi delle infezioni, che, generalmente però sono ben controllate dalla terapia antibiotica;
- Complicanze a patogenesi varia: lesioni cutanee, edema (gonfiore);
- Complicanze traumatiche: lesioni dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio di epifora (lacrimazione patologica);
- Con il mantenimento in situ dell'eventuale tamponamento nasale: 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);
- Granuloma (formazione di tessuto di granulazione di natura infiammatoria) da corpo estraneo;
- Alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: croste nasali e secchezza della mucosa nasale (risolvibili con cure locali assidue e continuate per qualche tempo), sinechie setto-turbinali (esiti cicatriziali dovuti a contatti tra setto e turbinati), cisti mucose, lesioni a carico dei tessuti molli, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale, lesioni cutanee;
- A carico del setto nasale: perforazioni del setto nasale;
- Secrezione nasale maleodorante;
- Aumento del numero e della gravità degli attacchi di asma ;
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci, ipotensione e, in casi eccezionali, arresto cardiaco), abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento;
- Sindrome da shock settico, dovuta in genere al mantenimento prolungato in situ dell'eventuale tamponamento;
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale/locale, con possibili

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

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;

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

- 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 turbinoplastica, 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).

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

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