

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

Operatore Prof./Dott.

Io sottoscritto/a, nato/a il

C.F. Indirizzo

Paziente / R. Legale / Tutore / Amministratore di sostegno / Curatore di

Firma dei Genitori in caso di minore:

Genitore 1 C.F.

Genitore 2 C.F.

vengo informato/a che sarò sottoposto ad intervento di **Adenotonsillectomia** perché affetto da patologia:

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.

È 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.).

Protocollo di consenso informato ad intervento di Adenotonsillectomia

Finalità dell'intervento:

Lo scopo dell'intervento è quello di asportare contemporaneamente sia il tessuto linfatico situato a livello del rinofaringe (parte della faringe in comunicazione con le cavità nasali), sia le tonsille palatine.

L'asportazione delle tonsille palatine e delle adenoidi è giustificata quando coesistono una o più situazioni patologiche dovute alle prime, cioè: Vanno soggette ad infezioni ricorrenti, hanno un volume tale da dare luogo a disturbi della deglutizione o della respirazione, il più grave dei quali è la sindrome da apnea ostruttiva notturna (disturbo della respirazione caratterizzato dall'ostruzione parziale prolungata e/o completa ma intermittente delle alte vie aeree,

apnee ostruttive, che interrompono la normale ventilazione durante il sonno), Sono responsabili di complicanze infettive, Hanno determinato o possono determinare malattie a distanza (in altri organi), con una o più situazioni patologiche da imputare alle seconde, cioè: Ostruzione nasale persistente, Sindrome da apnea ostruttiva notturna (disturbo della respirazione caratterizzato dall' ostruzione parziale prolungata e/o completa ma intermittente delle alte vie aeree, apnee ostruttive, che interrompono la normale ventilazione durante il sonno), Infiammazioni ricorrenti delle VAS (vie aeree superiori, in particolare le rinofaringiti), loro complicanze (in particolare le otiti) e delle VAI (vie aeree inferiori).

Realizzazione dell'intervento:

L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia generale. È indispensabile, pertanto, la valutazione anestesiológica preoperatoria.

Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento viene effettuato con strumenti introdotti dalla bocca

L'asportazione delle adenoidi, pur essendo quasi completa, non è mai totale per non correre il rischio di provocare lesioni alla tuba di Eustachio (il condotto che fa comunicare l'orecchio medio con l'esterno permettendone il drenaggio delle secrezioni e l'aerazione).

Dopo l'intervento di asportazione totale o parziale delle tonsille palatine in particolare persistono sui lati della bocca, una per ciascun lato, due ferite aperte che impiegano dai quindici ai venti giorni per guarire. Queste ferite si ricoprono di una patina biancastra (escara) che non deve essere assolutamente asportata. La deglutizione sarà dolorosa come in una forte faringite, soprattutto fra la terza e la sesta giornata postoperatoria. L'alimentazione sarà inizialmente liquida e poi, gradualmente, semiliquida fino a tornare normale in seconda settimana.

Farmaci contro il dolore potranno essere prescritti solo dal chirurgo operatore.

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 adenotonsillectomia può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

I rischi di complicanze sono:

- Emorragia (sanguinamento) precoce: intra-operatoria o post-operatoria (dalla 3^a-4^a ora fino alla 24^a) per sanguinamento di vasi che possono avere calibro o decorso anomalo;
- Emorragia tardiva in 5^a – 15^a giornata è un evento raro. Richiede un trattamento immediato; qualsiasi sanguinamento, anche minimo, deve essere segnalato al chirurgo operatore; un'emorragia massiva è di norma eccezionale e può necessitare di una emostasi locale o, anche, di un'operazione sul collo da eseguire in anestesia generale;
- Durante l'intervento si può verificare un'inalazione di sangue, a cui può seguire un'infezione broncopolmonare che dovrà essere trattata con appositi farmaci;
- A causa degli strumenti utilizzati per eseguire l'intervento chirurgico si possono verificare piccole lesioni della lingua o del labbro, che guariscono rapidamente, oppure mobilizzazione o caduta di elementi dentari;
- Si possono verificare, anche se molto raramente, episodi infettivi del rinofaringe od un'otite acuta;
- Sindrome di *Grisel*: molto rara, consiste nella sub-lussazione dell'articolazione atlanto-assiale conseguente all'iper-estensione del capo, con immediato dolore cervicale (del collo) post-operatorio e torcicollo;

- Enfisema sottocutaneo: diffusione di aria al di sotto della cute, dovuta alla lesione accidentale dei muscoli del piano profondo della loggia tonsillare con crepitio alla palpazione e, raramente, difficoltà respiratoria; in genere si riassorbe in uno o due giorni;
- Si può verificare, anche se molto raramente, un'infezione cervicale tipo adenoflemmone o flemmone laterocervicale. La sua sintomatologia è data da febbre elevata, dolori cervicali e rigonfiamento del collo. Richiede una visita immediata del Suo chirurgo;
- Otaglia riflessa che generalmente raggiunge il culmine fra la terza e la sesta/settima giornata postoperatoria, ma non è grave e di norma non richiede trattamento alcuno;
- Modificazione della voce (voce da Paperino): rara, consiste nella modificazione del timbro della voce con risonanza nasale aumentata (rinolalia aperta), dovuta ad ipomotilità del velo palatino dopo la cicatrizzazione; in alcuni casi può essere necessaria una riabilitazione logopedica;
- Reflusso di liquidi dal naso durante la deglutizione: è dovuta ad asportazione di uno od entrambi pilastri posteriori delle tonsille palatine; in genere questa si riduce o scompare del tutto nel giro di qualche settimana; in alcuni casi può essere necessaria una terapia riabilitativa;
- Perforazioni di uno o entrambi i pilastri tonsillari: visibili all'ispezione del cavo orale ma di scarsa rilevanza clinica;
- Recidiva delle vegetazioni adenoidee: evento abbastanza frequente, soprattutto in bambini molto piccoli o con tendenza all'ipertrofia e/o iperplasia del tessuto linfoide;
- Faringite cronica: infiammazione cronica della gola legata alla mancanza della funzione di difesa svolta normalmente dalle tonsille a livello dell'istmo delle fauci.

Complicanze Anestesiologiche:

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 riceve le informazioni

.....

.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AD INTERVENTO DI ADENOTONSILLECTOMIA

Ho avuto sufficiente tempo e modi per valutare le informazioni ricevute e quindi di prendere con consapevolezza le mie decisioni; 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.

Ciò premesso:

Confermo che il chirurgo mi ha sufficientemente informato sull'incidenza delle complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che essa può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o

Sono stato/a informato/a che l'intervento verrà eseguito in anestesia
e che in ogni caso residueranno delle cicatrici.

Sono comunque **consapevole** che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da 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.

Ciò premesso **DICHIARO** di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente.

DICHIARO, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, **incluso la possibilità di revocare il consenso** e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti

Quindi, consapevolmente **Accenso** **Non Accenso** al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dal Prof/Dott e dalla sua equipe.

Autorizzo **Non Autorizzo**, inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico venissero evidenziate altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro

Ci prendiamo cura di te.

Scheda Informativa & Consenso:
Adenotonsillectomia

trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato, come pure nel caso di eventuali trattamenti chirurgici necessari nell'immediato postoperatorio.

Autorizzo **Non Autorizzo** , l'utilizzo dei tessuti eventualmente asportati durante il trattamento, al fine di formulare una diagnosi istopatologica.

Accetto **Non Accetto** , di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Accetto **Non Accetto** , che non essendo la chirurgia una scienza esatta, non può essere precisamente programmato a priori l'esatto risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi, sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo e riconosco che imperfezioni possono verificarsi e che il risultato dell'intervento può non aderire alle mie aspettative.

Acconsento **Non Acconsento**, ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

Catania, il

.....
Firma del Paziente Dichiarante

.....
Firma dell'esercente la patria potestà in caso di minore

.....
Timbro e Firma del Medico / Chirurgo che acquisisce il consenso

Consenso Informato redatto e uniformato secondo i dettami della Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale

AREA RISERVATA AD EVENTUALE REVOCA DEL PAZIENTE/DICHIARANTE:

MOTIVAZIONE REVOCA CONSENSO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Catania, il

.....
Firma del Paziente Dichiarante

.....
Firma dell'esercente la patria potestà in caso di minore

Gradimento del paziente all'informativa ricevuta

- 1) Ritiene che le informazioni ricevute precedentemente all'atto della richiesta di "Consenso informato all'atto medico" siano state adeguate e soddisfacenti in termini di chiarezza, comprensibilità e completezza?

Si No

- 2) Ritiene che il trattamento ricevuto sia stato adeguato alle sue aspettative ed a quanto proposto dall'Equipe medica?

Si No

Eventuali Osservazioni

Catania, il

.....
Firma del Paziente Dichiarante

Delega per la divulgazione dei dati personali

Io sottoscritto/a, nato/a il

C.F. Indirizzo

Paziente / R. Legale / Tutore / Amministratore di sostegno / Curatore di

Autorizzo il Personale ed i Collaboratori della Casa di Cura che mi hanno in cura a fornire informazioni sul mio stato di salute alla seguente persona:

Cognome e Nome, nato/a

il con grado di parentela

n° documento (se noto):

Catania, il

.....
Firma del Paziente Dichiarante