

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO  
LARINGECTOMIA PARZIALE ORIZZONTALE**

Fornite da.....

in qualità di .....

al .....

data Consegna modulo .....

Signor .....

Nato a .....

il .....

residente in .....

Via/P.zza .....

**Gentile Signore/a,**

**Lei è affetto/a da**

.....  
.....  
.....

In base alle caratteristiche della Sua lesione, Lei è candidabile ad intervento chirurgico di **laringectomia parziale orizzontale.**

Scopo del presente foglio informativo è quello di puntualizzare alcuni aspetti importanti dell'intervento chirurgico cui verrà sottoposto.

La comprensione di tali aspetti è indispensabile perché lei possa esprimere al proposito un **"consenso informato"**, cioè l'accettazione di sottoporsi all'intervento, dopo aver potuto adeguatamente riflettere sui vantaggi e sui rischi correlati all'intervento stesso. Le informazioni contenute in questo foglio servono ad integrare quelle che Le sono già state fornite dallo specialista inviante ed a illustrare i punti più importanti del trattamento che Le è stato proposto.

È evidente che per qualsiasi aspetto che non Le risulti sufficientemente chiaro è **Suo diritto domandare ulteriori spiegazioni e precisazioni al medico operatore** che sarà ben lieto di fornirle.

**La preghiamo, pertanto, di leggere con attenzione questo documento:** tenga presente che le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma hanno il solo scopo di consentirLe di decidere in modo libero e chiaro (e quindi meglio e più consapevolmente) se sottoporsi o meno l'intervento. Resta

**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.);
- **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.);
- **che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso** (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

**Estensione della lesione**

**Gentile Signore/a,**  
**la lesione da cui è affetto interessa:**

- |   |                             |                             |  |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Epiglottide                                    |                             |                             |  |
| <input type="checkbox"/> Base della lingua o pliche glosso-epiglottiche |                             |                             |  |
| <input type="checkbox"/> Mucosa del seno piriforme                      |                             |                             |  |
| <input type="checkbox"/> Plica ari-epiglottica                          | <input type="checkbox"/> DX | <input type="checkbox"/> SX |  |
| <input type="checkbox"/> Vestibolo laringeo                             |                             |                             |  |
| <input type="checkbox"/> Spazio preepiglottico                          |                             |                             |  |
| <input type="checkbox"/> Falsa corda                                    | <input type="checkbox"/> DX | <input type="checkbox"/> SX |  |
| <input type="checkbox"/> Ventricolo laringeo                            | <input type="checkbox"/> DX | <input type="checkbox"/> SX |  |
| <input type="checkbox"/> Corda vocale                                   | <input type="checkbox"/> DX | <input type="checkbox"/> SX |  |

- Commissura anteriore
- Cartilagine aritenoide  DX  SX
- Cartilagine tiroide
- Spazio paraglottico  DX  SX
- Cartilagine cricoide
- Articolazione crico-aritenoidea  DX  SX
- Mucosa sottoglottica
- Membrana crico-tiroidea
- Tessuti molli prelaringei

### Definizione dell'intervento

Esistono diverse varianti di laringectomia parziale orizzontale.

**Sulla base dell'estensione della lesione da cui è affetto, l'intervento programmato è:**

- Laringectomia orizzontale sopraglottica (OPHL tipo I)
  - estesa ad una aritenoide (OPHL tipo I + ARY)
  - estesa alla base della lingua (OPHL tipo I + BOT)
  - estesa al seno piriforme (OPHL tipo I + PIR)
- Laringectomia sopracricoidea con crico-ioido-epiglottopessia (OPHL tipo IIa)
  - estesa ad una aritenoide (OPHL tipo IIa + ARY)
- Laringectomia sopracricoidea con crico-ioidopessia (OPHL tipo IIb)
  - estesa ad una aritenoide (OPHL tipo IIb + ARY)
- Laringectomia sopratracheale con tracheo-ioido-epiglottopessia (OPHL tipo IIIa)
  - estesa ad una unità crico-aritenoidea (OPHL tipo IIIa + CAU)

- Laringectomia sopratracheale con tracheo-ioidopessia (OPHL tipo IIIb)
  - estesa ad una unità crico-aritenoidea (OPHL tipo IIIb + CAU)

**Possibilità di modulazione intraoperatoria**

La laringectomia parziale orizzontale è un intervento chirurgico “modulare”. Ciò implica che sulla base del riscontro intraoperatorio, potrebbe essere necessario convertire la procedura programmata.

**Nel suo caso, in particolare, seppure mai completamente escludibili le altre possibilità, le eventuali estensioni più verosimili sarebbero:**

- Estensione della laringectomia orizzontale sopraglottica (OPHL tipo I) ad una delle sedi adiacenti (aritenoide, base della lingua, mucosa del seno piriforme – rispettivamente OPHL tipo I + ARY, tipo I + BOT, tipo I + PIR)
- Estensione della laringectomia sopracricoidea (OPHL tipo II) ad una aritenoide (OPHL tipo IIa + ARY o tipo IIb + ARY)
- Estensione della laringectomia sopratracheale ad una unità crico-aritenoidea (OPHL tipo IIIa + CAU o tipo IIIb + CAU)
- Conversione dell'intervento chirurgico programmato a:
  - Laringectomia sopracricoidea con crico-ioidopessia (OPHL tipo IIb), estesa o meno ad una aritenoide (OPHL tipo IIb + ARY)
  - Laringectomia sopratracheale con tracheo-ioido-epiglottopessia (OPHL tipo IIIa), estesa o meno ad una unità crico-aritenoidea (OPHL tipo IIIa + CAU)
  - Laringectomia sopratracheale con tracheo-ioidopessia (OPHL tipo IIIb), estesa o meno ad una unità crico-aritenoidea (OPHL tipo IIIb + CAU)
  - Laringectomia totale

Note del chirurgo sulle possibilità di estensione

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**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

Nel corso dei colloqui orali e dopo la lettura del prospetto informativo allegato, mi sono stati spiegati:

- ✓ l'anatomia e la fisiologia della laringe;
- ✓ la natura dell'intervento e la sua indicazione per la mia patologia in atto, le finalità dell'intervento e le modalità di realizzazione dello stesso;
- ✓ la possibilità che l'intervento programmato subisca delle modifiche sulla base del riscontro intraoperatorio in accordo con il principio della radicalità oncologica, ovvero venga esteso sulla base delle necessità alle sedi indicate per ciascuna tipologia di laringectomia parziale orizzontale oppure venga tramutato in una differente tipologia di laringectomia parziale orizzontale;
- ✓ il differente funzionamento della laringe dopo l'intervento, e la necessità di un periodo più o meno lungo di riabilitazione con il/la logopedista;
- ✓ 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, in particolare la possibilità di un trattamento radioterapico o radiochemioterapico, con spiegazione dei relativi benefici e rischi;
- ✓ la possibilità di complicanze postoperatorie e le precauzioni indicate per evitare tali complicanze;
- ✓ la possibilità che, qualora si renda necessario sulla base del riscontro intraoperatorio e per garantire la completa asportazione della lesione, la procedura possa essere convertita seduta stante e senza la necessità di acquisire ulteriore consenso, in un

intervento chirurgico di laringectomia totale (intervento che prevede una tracheostomia definitiva).

Nel corso dei colloqui ho chiesto ed ottenuto i chiarimenti desiderati sui vari punti oggetto delle informazioni datemi.

Al termine del colloquio e dopo aver letto il prospetto informativo, **mi è stata consegnata copia di questo modulo di consenso**, con la raccomandazione di riconsiderare attentamente le informazioni che mi sono state fornite, 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 laringectomia parziale orizzontale, 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, ne autorizzo altresì la tecnica operatoria propostami. Sono consapevole che, in accordo con il principio di radicalità oncologica, la procedura potrebbe essere estesa o convertita intraoperatoriamente, al limite anche in una laringectomia totale. Sono inoltre consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente attualmente non prevedibile e non altrimenti evitabile o di un danno grave alla mia persona, 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.

Firma .....

**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 prospettatomi e preventivamente concordato.

**autorizzo**  **non autorizzo**

l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

**acconsento**    **non autorizzo**

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.

*Per qualsiasi ulteriore informazione relativa ai macchinari utilizzati e al personale impiegato nel reparto, La preghiamo di rivolgersi direttamente al Direttore Sanitario che Le fornirà tutti i chiarimenti necessari”.*

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

(Luogo) ..... (Data)

.....

**PER I PAZIENTI NON DI LINGUA ITALIANA**

**A =** Dichiaro di comprendere bene la lingua italiana e di avere ben compreso sia le informazioni datemi che il consenso prestato

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

(Luogo) ..... (Data)

.....

**B =** Dichiaro che per la comprensione delle informazioni e la prestazione del consenso mi sono avvalso di interprete, in persona del Signor

.....

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

(Luogo) ..... (Data)



.....  
Il Sottoscritto

.....  
Residente in

.....  
Documento identità Nro ....., rilasciato da  
..... in data ...../...../....., con la presente dichiaro di avere  
fedelmente tradotto al Signor

.....  
le informazioni ed il consenso e che il Paziente mi ha assicurato di averli esattamente compresi.

Firma dell'interprete

.....  
(Luogo) ..... (Data)

Firma del Signor ..... in qualità  
di.....

per attestazione della veridicità di quanto riportato nelle n°.....pagine che costituiscono parte  
integrante e non divisibile della presente documentazione di informazioni mediche e  
dichiarazione di consenso all'intervento chirurgico a cui il paziente deve essere sottoposto.

(Luogo) ..... (Data)