

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

Fornite da.....

in qualità di .....

al .....

data Consegna modulo .....

Signor .....

Nato a .....

il .....

residente in .....

Via/P.zza .....

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.).

### Finalità dell'intervento

Tale intervento sulla laringe consiste nel modificare l'assetto del framework cartilagineo laringeo, allo scopo di migliorare o modificare la voce, migliorare la funzione deglutitoria riducendo il rischio di inalazione e permettere una espettorazione più efficace.

### Realizzazione dell'intervento

L'intervento si svolge:

- in anestesia generale;
- in anestesia locale/sedazione. Qualora l'intervento si svolga in anestesia locale/sedazione, il chirurgo avrà la possibilità di controllare intraoperatoriamente gli effetti della procedura chirurgica, chiedendo al paziente di parlare, deglutire o tossire.

E' comunque indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento inizia con

- un'incisione sulla regione latero-cervicale del lato della corda vocale sulla quale si vuole intervenire;
- successivamente si esegue nella laringe un innesto prelevato sulla cartilagine tiroidea (è la cartilagine di maggiori dimensioni della laringe);
- un impianto di materiale sintetico (.....); in modo da riposizionare la corda vocale vera sul piano mediano (al centro) cosicché possa entrare in contatto al momento di dover emettere la voce con la corda controlaterale.

La durata dell'intervento varia in funzione delle difficoltà chirurgiche. La durata del ricovero ospedaliero in genere molto breve (in Day Surgery o limitata ad un solo giorno); qualora nel Suo caso sia prevista una degenza più lunga, Le verrà segnalato dal Suo chirurgo.

Le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano), 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 tiroplastica può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

La avvisiamo, altresì, che all'atto chirurgico potrebbero essere presenti anche degli specializzandi.

### **Rischi di Complicanze**

**I rischi di complicanze sono:**

- Locali, legate alla tecnica chirurgica quali: o dolori al collo, peraltro molto lievi e della durata di uno-due giorni, dovuti alla posizione della testa ed all'iperestensione del collo durante l'intervento; o disfagia (difficoltà alla deglutizione) e lieve dolore spontaneo, che aumenta con la deglutizione, in sede laringea;
- emorragie intra- e post-operatorie, in genere, di modesta entità;
- si possono osservare piccole striature ematiche nell'escreato dopo interventi o prelievi;
- emorragie massive intra- e post-operatorie sono estremamente rare;
- traumi e lesioni ad elementi dentari, quali scheggiature od avulsione di uno o più denti, pertanto è importante segnalare prima dell'intervento se si è portatori di denti mobili o fragili, di ponti, di protesi in ceramica o, comunque, di protesi dentarie;
- lesioni della colonna vertebrale nel tratto cervicale, molto rare dovute all'iperestensione del collo (eventuale impossibilità a procedere all'intervento se una grave artrosi cervicale impedisce di iperestendere il collo);
- edema (gonfiore dei tessuti) di strutture del cavo orale (ad esempio lingua) con rischio, molto raro, di prolungata intubazione o di dover effettuare una tracheotomia (incisione chirurgica della porzione cervicale della trachea, praticata allo scopo di assicurare la respirazione) temporanea fino alla risoluzione dell'edema;
- infezione locale, che può costringere ad un nuovo innesto di tessuto od impianto di materiale sintetico;
- impossibilità di ventilareLa correttamente, per particolari situazioni anatomiche o per l'aggravarsi od anche per il rischio imminente di aggravamento della stenosi respiratoria indotta dalla patologia di cui Lei è portatore/trice, che può rendere necessaria una tracheotomia.

**Insuccessi funzionali:**

- disfonia (alterazione della voce) persistente se le condizioni anatomiche non hanno permesso un intervento tecnicamente adeguato;
- recidiva della disfonia poiché l'effetto dell'intervento realizzato può attenuarsi o sparire col passare del tempo.

**Generali:**

- aritmie cardiache, legate a fenomeni di ipossia;
- infezioni polmonari, poiché l'intervento può aggravare un'infezione polmonare già presente allo stato latente e dovuta alla Sua particolare situazione respiratoria.
- **Complicanze anestesilogiche:** legate ai rischi dell'anestesia generale o dell'anestesia local/sedazione, 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

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 chirurgia laringea in microlaringoscopia, 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

Firma

.....  
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 propositami . 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 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. 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.

*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) .....

<p>Firma del Signor..... in qualità</p> <p>di.....</p> <p>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.</p> <p>(Luogo) ..... (Data) .....</p> <p>.....</p>
--