

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO TONSILLECTOMIA	Mod. 0300	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: ORL 3	
		Rev. 01	del 10/07/2025

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

a seguito di colloqui con il Dottore _____

in cui mi sono stati illustrati la personale situazione clinica, la supposta patologia in atto, la necessità di eventuali accertamenti diagnostici, il tipo di trattamento (ivi compresa la eventuale terapia trasfusionale) l'anestesia proposta, le motivazioni, i benefici potenziali, le approssimative probabilità di riuscita del trattamento, i rischi connessi, le possibili complicanze, inconvenienti e menomazioni, le possibili terapie alternative, il probabile decorso e le precauzioni postoperatorie,

dichiaro

di essere stato/a informato/a in modo adeguato e comprensibile, di aver avuto risposte esaurienti per ogni richiesta di informazione formulata e di essermi reso pienamente conto dei possibili rischi e benefici, riguardanti l'intervento di **TONSILLECTOMIA PER TONSILLITE CRONICA IPERTROFICA**.

Ho capito che tale intervento consiste nell'asportazione del tessuto linfatico presente a livello del rinofaringe (parte del faringe in comunicazione con le cavità nasali), in anestesia generale.

Trattandosi di un atto chirurgico, sono possibili alcune complicanze tra cui:

- **Emorragia (sanguinamento):**
 - precoce: intra-operatoria o post-operatoria per sanguinamento di vasi che possono avere calibro o decorso anomalo;
 - tardiva: di solito alla caduta dell'escara (lesione crostosa dei tessuti).
- **Rinolalia aperta:** rara, consiste nella modificazione del timbro della voce con risonanza nasale aumentata, dovuta ad insufficienza del velo palatino.
- **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.
- **Faringite cronica:** infiammazione cronica della gola.
- **Enfisema sottocutaneo:** diffusione di aria al di sotto della cute dovuta a lesione dei muscoli del piano profondo della loggia tonsillare e, raramente, difficoltà respiratoria; in genere si riassorbe in alcuni giorni.
- **Retrazioni cicatriziali abnormi del palato molle, reflusso di liquidi dal naso durante la deglutizione**
- **Perforazioni di uno od entrambi i pilastri tonsillari e/o exeresi dell'ugola.**
- **Sindromi algiche.**

La firma di questo documento significa che ho compreso, avendone avuto il tempo necessario ed essendo stato soddisfatto anche ogni mio ulteriore quesito riguardante anche la comprensione dei singoli termini, il significato dell'intervento di **TONSILLECTOMIA** e che sono ben consapevole della possibilità di complicanze anche gravi.

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO TONSILLECTOMIA	Mod. 0300	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: ORL 3	
		Rev. 01	del 10/07/2025

ATTO DI CONSENSO

Essendo stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di **TONSILLECTOMIA**, essendo stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione ed avendo avuto il tempo necessario a riflettere, acconsento a sottopormi a tale intervento, in anestesia generale e con la tecnica operatoria che il chirurgo riterrà opportuna in relazione al caso clinico. Riconosco e accetto la facoltà del/i chirurgo/ghi o anestesista a modificare o estendere la procedura concordata, qualora dovessero verificarsi situazioni impreviste o imprevedibili. Capisco che, non essendo la medicina e la chirurgia scienze esatte, per l'impossibilità di prevedere pienamente la reazione che i tessuti vivi avranno in seguito al trattamento, il risultato potrebbe non essere quello sperato.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza delle possibilità che tale intervento o terapie, come accade per tutte le discipline mediche, anche se attuati con perizia, diligenza e prudenza, non è esente da complicazioni che potrebbero anche risultare in un decesso. Acconsento comunque al fatto che, presentandosi un pericolo per la mia persona, vengano poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee per tentare di scongiurare o minimizzare tale pericolo.

Autorizzo il chirurgo ad usare, se ritenuto utile o necessario, protesi o materiali omologhi o eterologhi. Autorizzo eventuali riprese foto-cinematografiche e loro divulgazione per fini didattico-scientifici, rinunciando ad ogni diritto su di esse.

Eventuali osservazioni:

Data _____

Firma e Timbro del Medico

Firma del Paziente

Firma del Tutore esercente la Potestà o del Genitore

☐ **REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA** _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____