

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO RINOSETTOPLASTICA	Mod. 0301	Pag. 1 di 3
		Parola chiave: ORL 4	
		Rev. 01	del 10/07/2025

lo 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 **RINOSETTOPLASTICA per DEFORMITA' DELLA PIRAMIDE NASALE E DEVIATIONE DEL SETTO NASALE e DECONGESTIONE DEI TURBINATI per IPERTROFIA DEI TURBINATI**.

Ho capito che l'intervento di rinoplastica consiste nella correzione funzionale ed estetica della piramide nasale e può comprendere osteotomie che consistono nella incisione e divisione delle ossa facciali; l'intervento di settoplastica consiste nell'incisione della mucosa del setto e nel suo scollamento dal setto stesso fino al pavimento delle fosse nasali, in modo da permettere l'asportazione delle parti eccedenti. Successivamente la mucosa potrebbe venire riposizionata sul setto e suturata; l'intervento di solito si conclude con il posizionamento di tamponi in entrambe le fosse nasali.

L'intervento sui turbinati può consistere nella loro rimozione totale o parziale o nella loro causticazione con diverse modalità e nell'asportazione della mucosa ipertrofica che ricopre i turbinati.

L'intervento verrà eseguito in anestesia generale.

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

- **Emorragia (sanguinamento):**
 - Precoce: intra-operatoria o post-operatoria (può consistere in un sanguinamento diffuso della mucosa, oppure originare dall'arteria etmoidale anteriore o posteriore o dalla sfenopalatina) le emorragie sono generalmente controllabili con il tamponamento nasale o con la cauterizzazione.
 - Tardiva.
- **Ematoma (raccolta di sangue sotto la mucosa) del setto, complicanza anche tardiva, che comporta il rischio di necrosi cartilaginea (morte della cartilagine del setto) con conseguente deformità del naso.**
- **Infezioni locali:** cellulite (infezione del tessuto cellulare lasso sottocutaneo), ascesso (raccolta localizzata di pus), periostite (infezione del tessuto che riveste le ossa), granuloma (formazione di tessuto di granulazione di natura infiammatoria) da corpo estraneo.
- **Lesioni dei seni paranasali, lesione di vasi sanguigni (tra cui l'arteria e la vena angolare), lesioni del legamento palpebrale mediano, lesioni dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio di epifora (stasi lacrimale), lesioni intracraniche (delle strutture anatomicamente**

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO RINOSETTOPLASTICA	Mod. 0301	Pag. 2 di 3
		Parola chiave: ORL 4	
		Rev. 01	del 10/07/2025

contigue alle fosse nasali), fistola artero-venosa (comunicazione tra arteria e vena), cecità, devitalizzazione di denti, lesioni cutanee, edema (gonfiore).

- **Complicanze funzionali:** anosmia (perdita dell'olfatto), iposmia (riduzione dell'olfatto), ipogeusia (diminuzione del gusto), ageusia (perdita del gusto), ostruzione respiratoria nasale, rinite, rinopatia vasomotoria, parestesie (alterazione della sensibilità) del labbro superiore, nevralgie dento-facciali.
- **Alterazioni della columella (porzione cartilaginea anteriore del setto):** retrazione della columella, caduta della columella.
- **Alterazioni del Setto (perforazione del setto, deviazione del setto, deficit funzionali).**
- **Alterazioni dei tessuti di rivestimento:** sinechie setto-turbinali (aderenze cicatriziali tra setto e turbinati), cisti mucose, lesioni a carico dei tessuti molli, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale, lesioni cutanee.
- **Formazioni di croste, secchezza della mucosa nasale, rinorrea (secrezione nasale), secrezione nasale maleodorante.**
- **Esacerbazione di attacchi di asma, sindrome da shock tossico.**
- **Alterazioni della volta ossea, tra cui:** naso a sella, gibbo (gobba) residuo, profilo a becco d'uccello, "openroof" (incompleta chiusura della volta del naso), asimmetrie e deviazioni.
- **Alterazioni della volta cartilaginea tra cui:** punta rotonda, punta bifida, punta affilata, naso pinzato ossia naso troppo stretto, caduta della punta, "pig nose" - «naso a maialino», asimmetrie e deviazioni.
- **Complicanze orbito-oculari con ecchimosi palpebrali (occhio nero), enfisema sottocutaneo (raccolta di aria nel tessuto sottocutaneo con crepitio alla palpazione e, raramente, difficoltà respiratorie; tale enfisema, in genere, si riassorbe spontaneamente), emorragie sottocongiuntivali, epifora (stasi lacrimale), diplopia (visione doppia), molto raramente cecità.**
- **Complicanze cerebro-meningee quali:** fistola liquorale (comunicazione tra cavità nasali e massa cerebrale con fuoriuscita dal naso di liquido cefalorachidiano), meningite (infezione delle membrane che rivestono l'encefalo), pneumoencefalo (penetrazione di aria nelle cavità encefaliche), ascesso (raccolta di pus) e/o emorragia epidurale (sanguinamento a livello della dura madre, meninge che riveste la cavità cranica) o intracerebrale.
- **Complicanze psichiatriche, slatentizzazione di problemi psicologici.**

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 **RINOSETTOPLASTICA** e che sono ben consapevole della possibilità di complicanze anche gravi.

ATTO DI CONSENSO

Essendo stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di **RINOSETTOPLASTICA**, 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

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO RINOSETTOPLASTICA	Mod. 0301	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: ORL 4	
		Rev. 01	del 10/07/2025

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.

Inoltre il/la sottoscritto/a:

- dichiara di essere stato/a chiaramente informato su quanto sia possibile conseguire rispetto a quanto vorrebbe e desidererebbe ottenere, alla luce delle limitazioni dovute al suo stato morfologico e patologico ed in correlazione con le sue aspettative.
- Conferma pertanto di essere stato compiutamente e diffusamente informato sull'eventuale necessità di procedere ad una revisione chirurgica per imprevedibili ed incalcolabili esiti dovuti ad incontrollabili naturali processi di cicatrizzazione e di assestamento delle aree operate.
- Comprende ed accetta in modo assoluto l'ipotesi che un intervento di revisione possa comportare, in successione interventi plurimi.
- Dichiara di voler sollevare indefinitamente l'operatore da responsabilità civili di qualsiasi genere, ivi compreso il danno biologico, fermo restando l'obbligo del chirurgo al dovere della diligenza, della prudenza e della perizia professionale.
- Di conseguenza dichiara ed afferma tassativamente di voler rinunciare in qualsiasi tempo e luogo a rivendicazioni economiche per danni civilistici eventualmente residuati o a risultati non rispondenti alle aspettative derivanti dall'operazione a cui intende sottoporsi, se questi danni non siano coperti dalla garanzia del contratto assicurativo di cui è titolare il chirurgo operatore.

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 _____