

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO DECONGESTIONE TURBINATI	Mod. 0303	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: ORL 5	
		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 **l'intervento di DECONGESTIONE DEI TURBINATI per IPERTROFIA dei TURBINATI INFERIORI**. Ho capito che tale intervento può consistere nella rimozione totale o parziale dei turbinati nasali 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:

- **Emorragie, legate a sanguinamento diffuso della mucosa, generalmente controllabile con il tamponamento nasale o con la coagulazione bipolare. L'emorragia è possibile anche al momento della rimozione dei tamponi dalle fosse nasali.**
- **Ematoma (raccolta di sangue sotto la mucosa), complicanza anche tardiva.**
- **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 esterno
- **Lesioni del seno mascellare o frontale, lesioni dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio di epifora (lacrimazione), lesioni intracraniche (delle strutture anatomicamente contigue alle fosse nasali).**
- **Complicanze a patogenesi varia:** fistola artero-venosa (comunicazione tra arteria e vena), devitalizzazione di denti, lesioni cutanee, edema (gonfiore).
- **Complicanze funzionali:** anosmia (perdita dell'olfatto), iposmia (riduzione dell'olfatto), ostruzione respiratoria nasale, rinite (infiammazione nasale) vasomotoria, parestesie (alterazione della sensibilità) del labbro superiore.
- **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 (contatti tra setto e turbinati), cisti mucose, lesioni a carico dei tessuti molli, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale, lesioni cutanee.

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO DECONGESTIONE TURBINATI	Mod. 0303	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: ORL 5	
		Rev. 01	del 10/07/2025

- Formazioni di croste.
- Secchezza della mucosa nasale.
- Rinorrea (secrezione nasale).
- Secrezione nasale maleodorante.
- Esacerbazione di attacchi di asma.
- Sindrome da shock tossico.

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 **DECONGESTIONE DEI TURBINATI** 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 **DECONGESTIONE DEI TURBINATI**, 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 _____