

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO RIDUZIONE DI FRATTURA NASALE	Mod. 0308	Pag. 1 di 3
		Parola chiave: ORL 8	
		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 **RIDUZIONE DI FRATTURA NASALE PER FRATTURA DELLE OSSA PROPRIE DEL NASO**.

Ho capito che tale intervento consiste nel tentativo di riposizionare nella loro sede originaria, le ossa del naso o i frammenti ossei spostati in seguito al trauma. L'intervento, eseguito in anestesia locale, in sedazione o in anestesia generale, viene effettuato mediante manovre manuali sulla piramide nasale o mediante l'uso di strumenti nella cavità nasale. L'intervento si può concludere con il posizionamento di tamponi in entrambe le fosse nasali e con l'applicazione sul dorso nasale di un gesso o altro materiale di protezione. 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; molto raramente può essere lesa la carotide interna, in caso di chirurgia del seno sfenoidale, con esiti anche molto gravi.
 - **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 estraneo.
- Lesioni dei seni paranasali
- **Complicanze a carico dei tessuti di rivestimento:** sinechie setto-turbinali (aderenze cicatriziali tra setto e turbinati), cisti mucose, mucocoele (raccolta di secrezione mucosa in un seno

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO RIDUZIONE DI FRATTURA NASALE	Mod. 0308	Pag. 2 di 3
		Parola chiave: ORL 8	
		Rev. 01	del 10/07/2025

paranasale), lesioni a carico dei tessuti molli, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale con possibile ostruzione nasale, lesioni cutanee, edema (gonfiore).

- **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 sottoconiuntivali, 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, meningi che riveste la cavità cranica) o intracerebrale.**
- **Iposmia o anosmia cioè riduzione o perdita dell'olfatto.**
- **Altre complicanze come: parestesie (formicolii) o anestesi (perdita della sensibilità) facciali, nevralgie (dolore per infiammazione dei nervi) dento-facciali, infezioni sinusali (dei seni paranasali).**
- **Recidiva della cifoscoliosi (deformità) della piramide nasale o deviazione del setto nasale, evento legato alle modalità di guarigione e indipendente dalla tecnica operatoria e dal buon esito dell'intervento.**

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 **RIDUZIONE DI FRATTURA NASALE** 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 **RIDUZIONE DI FRATTURA NASALE**, 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

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO RIDUZIONE DI FRATTURA NASALE	Mod. 0308	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: ORL 8	
		Rev. 01	del 10/07/2025

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 _____
