

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO DI MICRO-LARINGOSCOPIA DIRETTA + ATTO CHIRURGICO ENDOSCOPICO SULLA LARINGE	Mod. 0309	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: ORL 9	
		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 **MICRO-LARINGOSCOPIA DIRETTA + EVENTUALE BIOPSIA O ATTO CHIRURGICO ENDOSCOPICO SULLA LARINGE PER NEOFORMAZIONE LARINGEA**. Ho capito che tale intervento consiste nell'introduzione di un laringoscopio rigido in faringe per la visualizzazione dell'ipofaringe e della laringe anche mediante l'ausilio del microscopio operatorio. Questa metodica permette l'esecuzione di interventi quali biopsie, "pelage" delle corde vocali o altri interventi endoscopici, in anestesia generale.

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

- Traumi e lesioni ad elementi dentari, quali scheggiature od avulsione di uno o più denti.
- Lesioni della colonna vertebrale nel tratto cervicale (con 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) o del faringe con rischio raro di prolungata intubazione fino alla risoluzione dell'edema.
- Lesioni dell'epiglottide (parte della laringe) con conseguente dolore temporaneo locale e disfagia (difficoltà alla deglutizione), in genere temporanea.
- Lesioni delle corde vocali con conseguente disfonia (alterazione della voce) persistente.
- Complicanze generali come aritmie cardiache, legate a possibili fenomeni di ipossia.
- Recidiva della lesione.
- Formazione di tessuto di granulazione (granuloma).
- Emorragia (sanguinamento).
- Enfisema sottocutaneo: diffusione di aria al di sotto della cute; in genere si riassorbe in alcuni giorni.
- 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 **MICRO-LARINGOSCOPIA DIRETTA + ATTO CHIRURGICO ENDOSCOPICO**

	Pre Operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO DI MICRO-LARINGOSCOPIA DIRETTA + ATTO CHIRURGICO ENDOSCOPICO SULLA LARINGE	Mod. 0309	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: ORL 9	
		Rev. 01	del 10/07/2025

SULLA LARINGE PER NEFORMAZIONE LARINGEA 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 **MICRO-LARINGOSCOPIA DIRETTA + ATTO CHIRURGICO ENDOSCOPICO SULLA LARINGE PER NEOFORMAZIONE LARINGEA**, 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 _____