*Documento ufficiale Associazione Italiana di Chirurgia Esteitico-Funzionale Rino-Cervico-Facciale (AICEF-rcf) – Versione 2003*

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente in

In pieno possesso delle mie facoltà mentali, dichiaro di aver ricevuto esaurienti e chiare informazioni sull’infermità e sulla patologia di cui sono affetto/a, così come sull’evoluzione e su ogni prevedibile complicanza della mia situazione clinica:

nonché su tutti i possibili rimedi, cure e trattamenti terapeutici, acnhe alternativi, offerti dalla scienza medica:

* sono stato informato/a in maniera particolareggiata in merito agli accertamenti clinici e/o strumentali cui dovrò essere sottoposto/a anche in relazione all’eventuale uso di mezzi di contrasto e/o tecniche metodiche invasive a fini diagnostici terapeutici.
* Dichiaro di essere stato ampiamente informato/a riguardo al tipo di intervento chirurgico previsto, la tecnica di esecuzione, gli strumenti utilizzati ed i rischi generici che questi comportano anche qualora l’intervento sia eseguito a regola d’arte con perizia, prudenza e diligenza.
* Dichiaro inoltre di essere stato informato/a in modo particolare e di essere consapevole delle eventuali possibili conseguenze e complicanze dell’intervento fra cui:
* **COMPLICANZE GENERALI**: ALTERAZIONE DEI PROCESSI DI GUARIGIONE DELLE FERITE, EDEMA, DOLORE, TRAUMI ODONTOIATRICI COME LESIONI O ROTTURE DENTALI, INFIAMMAZIONE, FORMAZIONE DI CICATRICI, REAZIONI DI IPERSENSIBILITÀ A FARMACI, COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE ANCHE PER L’ANESTESIA LOCO-REGIONALE, ALTERAZIONE DEL NORMALE COLORE DELLA CUTE DEL VISO.

POSSIBILITÀ DI RICOMPARSA DELLA MALATTIA, POSSIBILITÀ DI ULTERIORI INTERVENTI CHIRURGICI.

ALTERAZIONE O MODIFICAZIONE DELLA VOCE, VOCE NASALE, ALTERAZIONE DELL’AREAZIONE DELL’ORECCHIO MEDIO, INFIAMMAZIONE DEL CAVO ORALE (DELLA BOCCA) O DELLA FARINGE, ALTERAZIONE DELLA SENSIBILITÀ DELLA FACCIA, DEI DENTI, LESIONI DELLE GEMME DENTARIE IN ETÀ INFANTILE CON ALTERATO SVILUPPO SUCCESSIVO DEGLI ELEMENTI DENTARI DEFINITIVI, ANESTESIA DENTALE E DEL LABBRO SUPERIORE, ALTERAZIONE DEL COLORE DENTALE.

* **COMPLICANZE NASALI**: ALTERAZIONE DELLA FORMA DEL NASO (ASIMMETRIA INSELLAMENTO PRESENZA DI GIBBOSITÀ IRREGOLARITÀ), PERFORAZIONE DEL SETTO NASALE (IN LETTERATURA CA 2,18%), ALTERAZIONE DELLA CUTE E/O MODIFICAZIONE DELLA SENSIBILITÀ CUTANEA, MODIFICAIZONE O PERDITA DELL’OLFATTO (PERDITA COMPLETA DELL’OLFATTO PERMANENTE IN LETTERATURA 0,7% DEI CASI), SECCHEZZA DELLA BOCCA, EMORRAGIA NASALE (IN LETTERATURA CA 3,07%)(DURANTE E DOPO L’INTERVENTO), SINDROME DA SHOCK TOSSICO, INFEZIONI (IN LETTERATURA CA 1,75%), EMATOMA DEL SETTO, ASCESSO DEL SETTO, INADEGUATA CORREZIONE O PERMANENZA DI DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE (IN LETTERATURA CA 6,4%), SINECHIE (FORMAZIONE DI ADESIONI MUCOSE FRA VARIE STRUTTURE NASALI) (VALVOLARI, CAVITARIE) (IN LETTERATURA NELL’8% DEI CASI) FLACCIDITÀ SETTALE, FORMAZIONE DEL COSIDETTO TETTO APERTO DOVE LE OSSA DEL DORSO NASALE NON SONO UNITE CON POSSIBILE PRESENZA DI CEFALEA, VERTIGINE, SENSIBILITÀ NASALE ECCESSIVA SPECIALMENTE CON GLI SBALZI DI TEMPERATURA, ISPESSIMENTO DEL SETTO NASALE, DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE, INNALZAMENTO DEL PAVIMENTO NASALE, ALTERAZIONI DELLA REGIONE VALVOLARE, INSELLAMENTO DELLA VOLTA CARTILAGINEA, RETRAZIONE DELLA COLUMELLA, ABBASSAMENTO DELLA PUNTA NASALE, DISLOCAZIONI, SOVRAPPOSIZIONE O ESTRUSIONE DI INNESTI, RIDOTTA MOTILITÀ NASALE, GRANULOMI DA CORPO ESTRANEO, ARRESTO O RITARDO DELLA CRESCITA NASALE, OZENA (PRESENZA DI CROSTE FETIDE NASALI), OSTRUZIONE RESPIRATORIA NASALE

PERSISTENTE, NECROSI POSTOPERATORIA DEI TESSUTI DEL NASO CON SUCCESSIVA PERDITA DI SOSTANZA, DISLOCAZIONE ACCIDENTALE DEL TAMPONE NASALE, CICATRICI IPERTROFICHE E/O ANESTETICHE NASALI.

* **COMPLICANZE ORBITARIE**: EMATOMA, INFEZIONI, ECCHIMOSI, ENFISEMA (PRESENZA DI ARIA NEL TESSUTO ORBITARIO), LESIONE DEI MUSCOLI EXTRAOCULARI CON ALTERAZIONE DELLA MOTILITÀ OCULARE, LESIONE DEL NERVO OTTICO CON POSSIBILI ALTERAZIONI DELLA VISTA, ALTERAZIONE DELLA SECREZIONE-ESCREZIONE LACRIMALE CON EPIFORA (LACRIMAZIONE ABBONDANTE) PER RESTRINGIMENTO DEL DOTTO NASO-LACRIMALE (IN LETTERATURA EPIFORA PERMANENTE 0,06% DEI CASI).
* **COMPLICANZE INTRACRANICHE E NEUROLOGICHE**: FISTOLA RINO-LIQUORALE (COMUNICAZIONE FRA I LIQUIDI DEL CERVELLO E IL NASO), MENINGITE, ENCEFALITE, PNEUMOENCEFALO (PRESENZA DI ARIA NEL CERVELLO), EMORRAGIA CEREBRALE, LESIONE CEREBRALE, LESIONE CAROTIDE INTERNA CON SANGUINAMENTO MASSIVO, NEVRALGIE, ALGIE (DOLORI) CRANIO-FACCIALI ANCHE PERSISTENTI. COMPLICANZE EMORRAGICHE MAGGIORI.

DURATA PRESUNTA DE DECORSO POST-OPERATORIO IN ASSENZA DI COMPLICANZE:

RICOVERO:

INABILITÀ LAVORATIVA:

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che le mie condizioni generali di salute mi espongono alle seguenti complicanze aggiuntive:

Consapevole di quanto sopra ACCONSENTO E CHIEDO ESPRESSAMENTE di essere sottoposto/a all’intervento che mi è stato prospettato di:

# SETTO/RINO/TURBINOCHIRURGIA

**/funzionale/estetica/ricostruttiva/post-traumatica/secondaria/terziaria ecc…**

in anestesia generale.

* Oltre ad essere d’accordo con l’intervento chirurgico previsto, acconsento ad eventuali modifiche e/o ampliamenti sia della tecnica operatoria sia del tipo di intervento concordato, che possono essere effettuati in caso di necessità medico- chirurgica, postasi durante l’intervento stesso, perché sono a conoscenza che esistono anche riscontri clinici e chirurgici non valutabili prima dell’intervento.
* Sono a conoscenza del fatto che il medico non può dare alcuna garanzia del risultato sperato. Anche se non esistono errori da parte del medico è possibile un peggioramento della situazione precedente all’intervento. Questo vale per tutti gli interventi, ma in particolare per interventi di chirurgia funzionale, plastica e ricostruttiva, sui quali rischi sono stato ampiamente informato.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che in caso contrario potrei compromettere l’esito dell’intervento.

Sono stato informato del fatto che la letteratura medica internazionale è concorde nell’affermare che in taluni casi è necessario un reintervento *(J.P. Gunter, R.J. Rohrich Plastic and Reconstructive Surgery, Vol.80, No.2, 1987).*

Acconsento, se necessario, alla trasfusione di sangue e/o di emoderivati, essendo stato informato dei rischi connessi (reazioni allergiche, malattie infettive).

Dichiaro inoltre di aver dettagliatamente informato il chirurgo e l’anestesista di soffrire e/o di aver sofferto delle seguenti patologie e dei seguenti disturbi:

Dichiaro inoltre di aver dettagliatamente informato il chirurgo e l’anestesista anche di essere stato sottoposto ai seguenti precedenti interventi:

* i rischi, le complicazioni e le modalità dell’intervento mi sono stati ampiamente spiegati dal medico che mi ha esposto ogni particolare in modo chiaro e per me comprensibile; ho interamente compreso il contenuto di questo consenso informato e del colloquio con il medico, durante il quale mi è stato concesso il tempo desiderato. Sono soddisfatto delle risposte avute alle mie domande e non ho altre domande da fare anche per quanto riguarda i rischi molto rari cui posso andare incontro.

FIRMA DEL PAZIENTE FIRMA DEL MEDICO

Il presente consenso informato è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante e sostanziale della cartella clinica riguardante il ricovero ospedaliero del

***Accertamento di avvenuta comprensione delle informazioni di cui al consenso informato***

Il Codice Deontologico stabilisce che:

* il medico deve informare il paziente dei possibili rischi concernenti il tipo di intervento da eseguire
* il medico deve informare il paziente dello scopo e del tipo di intervento da eseguire
* il medico deve ottenere dal paziente un consenso informato

**Il paziente è gentilmente pregato di rispondere a questo questionario per attenersi allo spirito del Codice Deontologico:**

1. ***Ha capito il tipo di intervento che verrà eseguito e le sue modalità***?

|  |  |
| --- | --- |
| **SI** | **NO** |

1. ***Le è stato spiegato esaurientemente lo scopo dell’intervento?***

|  |  |
| --- | --- |
| **SI** | **NO** |

1. ***È al corrente di ciò che si intende eseguire?***

|  |  |
| --- | --- |
| ***SI*** | ***NO*** |

1. ***Ha letto i rischi e le complicanze della chirurgia?***

|  |  |
| --- | --- |
| ***SI*** | ***NO*** |

1. ***Ha capito e considerato i risultati ed i rischi dell’intervento?***

|  |  |
| --- | --- |
| ***SI*** | ***NO*** |

1. ***È soddisfatto delle risposte avute in merito alle sue domande?***

|  |  |
| --- | --- |
| ***SI*** | ***NO*** |

1. ***Ha capito che non esistono garanzie assolute?***

|  |  |
| --- | --- |
| ***SI*** | ***NO*** |

FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_