

INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI ADENOIDECTOMIA

Signor
Nato a
il
residente in
Via/P.zza

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di adenoidectomia perché è affetto/a da

.....
Tale intervento consiste nell'asportazione del tessuto linfatico presente a livello del rinofaringe (parte della faringe in comunicazione con le cavità nasali), in anestesia generale.

Trattandosi di un atto chirurgico, sono possibili alcune complicanze quali:

- Emorragia (sanguinamento):
 - precoce: intra-operatoria o post-operatoria (dalla III-IV ora fino alla XXIV) per sanguinamento di vasi che possono avere calibro o decorso anomalo;
 - tardiva: in VII-XII giornata, alla caduta dell'escara (lesione crostosa dei tessuti).
- Rinolalia aperta: rara, consiste nella modificazione del timbro della voce con risonanza nasale aumentata, dovuta ad insufficienza del velo palatino soprattutto in seguito ad asportazione di adenoidi molto voluminose.
- Sindrome di Grisel: molto rara, consiste nella sub-lussazione dell'articolazione atlanto-assiale conseguente all'iper-estensione del capo, con immediato dolore cervicale (del collo) post-operatorio e torcicollo.
- Recidiva delle vegetazioni adenoidee: evento abbastanza frequente, soprattutto in bambini molto piccoli o con tendenza all'ipertrofia e/o iperplasia del tessuto linfoide.
- Anestesiologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

La firma di questo documento significa che Lei ha compreso, avendone avuto il tempo necessario ed essendo stato soddisfatto anche ogni Suo ulteriore quesito riguardante anche la comprensione dei singoli termini, il significato dell'intervento di adenoidectomia e che è ben consapevole della possibilità di complicanze anche gravi.

ATTO DI CONSENSO

Essendo stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di adenoidectomia, essendo stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione ed avendo avuto il tempo necessario a riflettere, acconsento ad essere sottoposto/a a tale intervento, in anestesia generale e con la tecnica operatoria che il chirurgo riterrà opportuna in relazione al mio caso clinico.

Firma e Timbro del Medico

Firma del Paziente

.....
Data