

## INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'INTERVENTO DI CHIRURGIA LARINGEA IN MICROLARINGOSCOPIA

Signor .....  
Nato a .....  
il .....  
residente in .....  
Via/P.zza .....

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di chirurgia laringea in microlaringoscopia perché è affetto/a da .....

Tale intervento consiste nell'uso del microscopio operatorio associato alla chirurgia tradizionale o al laser CO2 per l'esecuzione di interventi funzionali a carico della laringe, in anestesia generale.

Trattandosi di un atto chirurgico, sono possibili alcune complicanze, seppure molto rare:

- Locali, legate alla tecnica chirurgica quali:
  - traumi e lesioni ad elementi dentari, quali scheggiature od avulsione di uno o più denti;
  - lesioni della colonna vertebrale nel tratto cervicale (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) con rischio molto raro di prolungata intubazione fino alla risoluzione dell'edema;
  - lesioni dell'epiglottide (cartilagine della laringe) con conseguente dolore temporaneo locale e disfagia (difficoltà alla deglutizione), in genere temporanea;
  - lesioni delle corde vocali con conseguente rischio di disfonia (alterazione della voce) persistente.
- Generali: aritmie cardiache, legate a fenomeni di ipossia.
- Insuccessi funzionali:
  - recidiva della lesione;
  - disfonia (alterazione della voce) persistente: per eccessiva rimozione di tessuto cordale; persistenza di residui, infiammazione locale con possibilità di formazione di tessuto di granulazione (granuloma).
- 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 ogni Suo ulteriore quesito riguardante anche la comprensione dei singoli termini, il significato dell'intervento di chirurgia laringea in microlaringoscopia 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 chirurgia laringea in microlaringoscopia, 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 .....