

## INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI DECONGESTIONE DEI TURBINATI

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

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di decongestione dei turbinati perché è affetto/a da .....

Tale intervento consiste nell'asportazione della mucosa ipertrofica che ricopre i turbinati, in anestesia generale/locale, e si concluderà o meno con il posizionamento di tamponi in entrambe le fosse nasali. Trattandosi di un atto chirurgico, sono possibili alcune complicanze, seppure molto rare, quali:

- Emorragia (sanguinamento della mucosa generalmente controllabile con il posizionamento di tamponi nasali) anche al momento della rimozione dei tamponi dalle fosse nasali.
- Sinechie setto-turbinali (contatti tra setto e turbinati).
- Perforazioni del setto nasale.
- Infezioni nonostante generalmente ben controllate da terapia antibiotica.
- Formazioni di croste.
- Secchezza della mucosa nasale.
- Rinorrea (secrezione nasale).
- Epifora (lacrimazione).
- Secrezione nasale maleodorante.
- Esacerbazione di attacchi di asma.
- Sindrome da shock tossico.
- Anestesiologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale/locale, 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 decongestione dei turbinati 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 decongestione dei turbinati, 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/locale 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 .....