

INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI TONSILLECTOMIA

Signor
Nato a
il
residente in
Via/P.zza

Gentile Signore/a,

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

.....
Tale intervento consiste nell'asportazione delle tonsille palatine, in anestesia generale.
Trattandosi di un atto chirurgico, sono possibili alcune complicanze quali:

- Emorragia:
 - precoce: intra-operatoria o post-operatoria (dalla III-IV ora fino alla XXIV ora) per sanguinamento di vasi che possono avere calibro o decorso anomalo;
 - tardiva: in V-XII giornata, alla caduta dell'escara (lesione crostosa dei tessuti).
- Faringite cronica: infiammazione cronica della gola legata alla mancanza della funzione di difesa svolta normalmente dalle tonsille a livello dell'istmo delle fauci.
- Sindrome di Grisel: molto rara, consiste nella sub-lussazione dell'articolazione atlanto-assiale conseguente all'iperestensione del capo, con immediato dolore cervicale (del collo) post-operatorio.
- Enfisema sottocutaneo: diffusione di aria al di sotto della cute, dovuta alla lesione accidentale dei muscoli del piano profondo della loggia tonsillare con crepitio alla palpazione e, raramente, difficoltà respiratoria; in genere si riassorbe in uno o due giorni.
- Retrazioni cicatriziali abnormi del palato molle.
- Perforazioni di uno o entrambi i pilastri tonsillari: visibili all'ispezione del cavo orale ma di scarsa rilevanza clinica.
- Asportazione di uno o entrambi i pilastri tonsillari posteriori con possibilità di reflusso di liquidi dal naso durante la deglutizione (il fenomeno scompare in genere in pochi giorni).
- 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 tonsillectomia 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 tonsillectomia, 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