

Intervento chirurgico:

FESS e settoplastica con chirurgia funzionale dei turbinati



INFORMAZIONI
PER IL PAZIENTE



Queste informazioni educative servono ad aiutare a capire l'intervento e permettono di partecipare attivamente al percorso di cure e il ruolo nel recupero.

INDICE

FINALITÀ DELL'INTERVENTO	3
Settoplastica	3
FESS	4
Chirurgia funzionale dei turbinati	5
REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO	6
Settoplastica	6
FESS	7
Chirurgia funzionale dei turbinati	8
RISCHI DI COMPLICANZE	9
Settoplastica	9
FESS	11
Chirurgia funzionale dei turbinati	13
Alternative all'intervento chirurgico	14
Conseguenze possibili del rifiuto di sottoporsi all'intervento chirurgico	14
IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE	15
Dichiarazione di limitazione di responsabilità	15



FINALITÀ DELL'INTERVENTO



Settoplastica

Lo scopo dell'intervento è quello di eliminare o di ridurre le deviazioni, gli speroni ossei e le dislocazioni congenite o post-traumatiche del setto nasale che impediscono il corretto passaggio di aria attraverso le fosse nasali (contribuendo a causare respirazione orale, russamento, otiti medie, disturbi di ventilazione dell'orecchio medio, flogosi ricorrenti delle alte e medie vie aeree) ed ha lo scopo di consentire di respirare meglio con il naso potendo talvolta anche migliorare la capacità di percezione degli odori, qualora sia presente iposmia (diminuita capacità di percepire gli odori).

L'intervento inoltre migliorando la ventilazione nasale riduce il rischio di rinosinusiti, di otiti e, in alcuni casi, può contribuire a ridurre l'intensità ed il numero degli episodi di cefalea (qualora siano dovuti a ostruzione nasale e a contatto fra turbinato medio e setto). La correzione funzionale del setto nasale può contribuire a ridurre gli episodi di emorragia nasale (epistassi) se la deviazione settale ne è una concausa e infine, l'intervento si rende necessario in caso di accesso difficoltoso al meato medio per interventi sui seni paranasali in endoscopia nasale, migliorandone poi i risultati funzionali.



FESS

La chirurgia endoscopica viene utilizzata in diverse patologie:

- Nelle infiammazioni di tipo acuto e cronico, di natura batterica e/o micotica (dovuta a funghi infettivi) di qualunque seno paranasale, cioè dell'*etmoide* (struttura bilaterale e simmetrica, costituita da un insieme di cavità pneumatiche paranasali, divise dal turbinato medio in anteriori e posteriori, che è in rapporto per ciascun lato con il seno mascellare, il s. frontale, il s. sfenoidale, l'endocranio e con l'orbita); del s. *mascellare* (cavità pneumatica localizzata, una per ciascun lato, nello spessore dell'osso mascellare superiore al di sotto dell'orbita e comunicante con la fossa nasale omolaterale); del s. *frontale* (cavità pneumatica, localizzata nello spessore dell'osso frontale, comunicante con la fossa nasale corrispondente e separata da un setto osseo dall'altra analoga controlaterale); del s. *sfenoidale* (cavità pneumatica sviluppata nel corpo dell'osso endocranico detto sfenoide e separata da un setto osseo sottile dall'altra del lato opposto, spesso asimmetrica);
- Nelle poliposi di qualunque seno paranasale; i polipi sono tumori benigni che non diventano mai maligni, che derivano dalla progressiva estroflessione della mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste l'interno delle cavità nasali e dei seni paranasali e che secerne muco) e che, ostruendo il lume delle fosse nasali, rendono difficile respirare con il naso;
- Nel Mucocoele dei seni paranasali;
- Nella rimozione di corpi estranei del naso e dei seni paranasali;
- Nei piccoli osteomi dell'etmoide o dell'infundibolo del seno frontale, nei Tumori benigni (es. Papilloma invertito) o per biopsie in caso di sospetto tumore maligno del naso e dei s. paranasali;
- Nell'Esoftalmo maligno (forma grave, dolorosa e progressiva che provoca congiuntivite, ulcere corneali, eventuale infiammazione dell'occhio nella sua totalità);
- Nella legatura dell'arteria etmoidale per epistassi (sanguinamento dal naso) che non si arresta dopo cauterizzazione in anestesia locale o dopo il tamponamento delle fosse nasali;
- Nella Rinoliquorrea (fuoriuscita dal naso del liquido contenuto nel cervello) in caso di fratture isolate del tetto dell'etmoide o dello sfenoide;
- Nella correzione delle deviazioni posteriori del setto nasale e nella decongestione dei turbinati.

Chirurgia funzionale dei turbinati



Lo scopo dell'intervento è quello di consentirle di respirare meglio con il naso risolvendo con terapia chirurgica, visto l'insuccesso delle terapie mediche e locali, l'ostruzione nasale legata all'aumento di volume del/i turbinato/i inferiore/i (i turbinati sono tre sporgenze sovrapposte per ciascun lato delle pareti laterali delle fosse nasali: *t. inferiore, t. medio, t. superiore; raramente può essere presente anche un quarto turbinato: il t. supremo*).

L'intervento, qualora Lei sia affetto anche da ipoosmia (diminuita capacità di percepire gli odori), potrebbe migliorare il Suo olfatto ed inoltre, migliorando la ventilazione nasale, ridurre il rischio di rinosinusiti, di otiti medie e, in alcuni casi, contribuire alla riduzione dell'intensità ed del numero degli episodi di cefalea.

L'intervento non ha alcun effetto sulla starnutazione e sulla rinorrea (secrezione di muco dal naso in notevole quantità), può essere condotto sia in anestesia locale che generale e con metodiche differenti (elettrobisturi mono o bipolare, laser, Radiofrequenze, Coblazione, Microdebrider, usate in genere per via sottomucosa). Sarà il suo chirurgo ad indicarle la modalità migliore per il suo caso.

REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Settoplastica

L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia generale. In ogni caso è indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento, di norma, è rapido e viene effettuato mediante strumenti introdotti nelle cavità nasali attraverso le narici e consiste nell'incisione della mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste il setto nasale e che secerne muco) del setto e nel suo scollamento dal setto stesso da entrambi i lati fino al pavimento delle fosse nasali, in modo da permettere l'asportazione delle parti eccedenti della struttura osteo-cartilaginea che riducono la respirazione nasale. Successivamente la mucosa verrà riposizionata sul setto e suturata a punti staccati o transfissi. L'intervento di correzione funzionale del setto nasale di regola si associa ad intervento di riduzione dei turbinati inferiori. Al termine potrà essere eseguito il posizionamento di tamponi in entrambe le fosse nasali e, talvolta, di una placca di Silastic o di una garza medicata in una o in entrambe le fosse nasali. Il tamponamento nasale può provocare cefalea, bruciore agli occhi, iperemia congiuntivale, starnutazione e, obbligando ad una respirazione orale, una fastidiosa secchezza delle fauci; i sintomi scompaiono rapidamente dopo lo stamponamento che avverrà a distanza di pochi giorni (in genere 2-3).

L'intervento di settoplastica funzionale non ha alcuna finalità estetica. La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

FESS



L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia generale. È pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento viene eseguito per via endonasale senza cicatrici esterne visibili. La chirurgia endoscopica del naso e dei seni paranasali è una tecnica chirurgica che utilizza degli endoscopi rigidi del diametro di circa 3-4 mm, che permettono di visualizzare, durante l'intervento chirurgico, eventualmente anche su un monitor-video, con un ingrandimento di 20 volte, le fosse nasali e l'interno dei seni paranasali. Con tale tecnica chirurgica si asporta soltanto il tessuto o la mucosa patologica naso-sinusale allargando gli ostii di sbocco fisiologici dei seni interessati dalla malattia.

Gli interventi sui seni paranasali per via endonasale mediante endoscopi rientrano fra le categorie di interventi più delicati e di maggior rischio della chirurgia otorinolaringoiatrica. L'operatore deve avere un'esatta conoscenza anatomica delle strutture sulle quali opera ed una notevole esperienza di tale chirurgia, solo a queste condizioni l'intervento potrà essere ritenuto sufficientemente sicuro.

Per migliorare l'accesso chirurgico endonasale si decongestiona, prima di iniziare, la mucosa nasale ed in particolare i turbinati introducendo nel naso dei tamponcini imbevuti di vasocostrittore diluito con soluzione fisiologica. Dopo l'anestesia si può eseguire un'infiltrazione locale di vasocostrittore con anestetico per ridurre al minimo il sanguinamento.

L'intervento prosegue poi con l'apertura, internamente alle fosse nasali, dei seni paranasali interessati da patologia che potranno essere l'etmoide, il s. mascellare, il s. frontale, il s. sfenoidale, mono o bilateralmente, singolarmente o nella loro totalità. Ricordiamo ancora che queste strutture si trovano tutte in stretto rapporto di contiguità con l'endocranio, l'orbita, il nervo ottico, l'arteria carotide, l'arteria etmoidale anteriore ecc, tutte strutture nobili e delicate che se lesionate possono dare adito a complicanze anche molto gravi.

Al termine potrà essere eseguito il posizionamento di tamponi in una o entrambe le fosse nasali, che saranno rimossi dopo qualche giorno (in genere 2-3).

Chirurgia funzionale dei turbinati

L'intervento può essere eseguito in anestesia locale (per contatto o con infiltrazione sottomucosa) o in anestesia generale. In ogni caso è indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento di norma è rapido e permette di evitare cicatrici cutanee poiché viene effettuato per via endonasale con o senza endoscopio, mediante strumenti chirurgici di vario tipo (elettrobisturi mono o bipolare, Laser, Radiofrequenze, Coblazione, Microdebrider, usati in genere per via sottomucosa e consiste nella riduzione dell'ipertrofia dei turbinati inferiori o nella riduzione di concha bullosa quando presente (una malformazione congenita che determina pneumatizzazione e dilatazione sacciforme del turbinato medio pieno di aria).

Il turbinato inferiore può essere ridotto introducendo al suo interno un ago da caustica che provoca una cicatrice da ustione al suo interno rispettando la mucosa, cauterizzandolo con il laser; incidendone la mucosa a livello della testa e creando un tunnel al suo interno che consenta di introdurre strumenti quali il microdebrider, lo scollatore o le microforbici per asportare tessuto sottomucoso o, se necessario, parte dell'osso che può essere resecato; fratturando il suo osso e lateralizzandolo; asportandone la parte ipertrofica caudale.

La concha bullosa viene ridotta resecandone la porzione laterale ed, eventualmente, asportando la mucosa iperplastica della parte della bulla che rimane in sede. Al termine di questi interventi, indipendentemente dalla metodica utilizzata, potrà essere eseguito il posizionamento di tamponi in una o entrambe le fosse nasali, che saranno rimossi dopo qualche giorno (in genere 2-3).

La durata dell'intervento varia in funzione delle difficoltà chirurgiche. La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Dopo l'intervento vanno eseguiti per un lungo periodo cure locali e controlli medici.



Settoplastica

I rischi di complicanze sono:

- Emorragia, legata a sanguinamento diffuso della mucosa, generalmente controllabile con la coagulazione bipolare o con il tamponamento nasale, ma può ripetersi anche al momento dello stamponamento o nei giorni successivi.
- Ematoma (raccolta di sangue sotto la mucosa) del setto, complicanza che spesso può essere anche tardiva e che comporta il rischio di necrosi cartilaginea (morte della cartilagine del setto) con conseguente deformità del naso;
- Infezioni locali: cellulite (infezione del tessuto cellulare lasso sottocutaneo), ascesso (raccolta localizzata di pus), periostite (infezione del tessuto che riveste le ossa);
- Complicanze traumatiche: lesioni dei seni paranasali (cavità pneumatica localizzata, una per ciascun lato, nello spessore dell'osso mascellare superiore al di sotto dell'orbita, comunicante con la fossa nasale omolaterale) o frontale (cavità pneumatica comunicante con la fossa nasale corrispondente e separata dall'altra analoga controlaterale da un setto osseo, localizzata nello spessore dell'osso frontale al di sopra dell'occhio ed al davanti dell'endocranio), irritazioni o lesioni dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio di epifora (lacrimazione patologica) per alcuni giorni nel caso di irritazioni o permanente nel caso di lesioni;
- Granuloma (formazione di tessuto di granulazione di natura infiammatoria) da corpo estraneo;
- Complicanze a patogenesi varia: lesioni cutanee, edema (gonfiore), disturbi della sensibilità degli elementi dell'arcata dentaria superiore, raramente insensibilità definitiva a livello dei denti incisivi superiori;
- Complicanze funzionali: ostruzione respiratoria nasale, rinite (infiammazione nasale) vasomotoria, parestesie (alterazione della sensibilità) del labbro superiore sono in genere disturbi temporanei; anosmia (perdita dell'olfatto), iposmia (riduzione dell'olfatto)
- A carico del setto nasale: perforazione del setto (che può causare disturbi respiratori nasali, piccole emorragie nasali, formazione di croste nasali), deviazione del setto (va ricordato peraltro che la cartilagine del setto nasale è una cartilagine elastica e pertanto dotata di una "memoria" che la porta a riassumere entro certi limiti la forma precedente l'intervento), deficit funzionali;

- Alterazioni della columella (porzione cartilaginea anteriore del setto): retrazione della columella, caduta della columella con deformazione della punta del naso che successivamente potrà essere corretta chirurgicamente;
- Alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: sinechie setto-turbinali (esiti cicatriziali dovuti a contatti tra setto e turbinati che possono causare ostruzione nasale persistente e vanno rimosse chirurgicamente), cisti mucose, lesioni a carico dei tessuti molli, croste nasali, secchezza della mucosa nasale, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale, lesioni cutanee, fistola naso-buccale (piccolo canale patologico che mette in comunicazione le fosse nasali con il cavo orale), estremamente rara ed in genere dovuta ad un intervento molto difficile per una deformazione complessa o per una malformazione;
- Fistole rinoliquorali (passaggio di liquido cefalorachidiano dall'interno del cranio nelle fosse nasali) e lesioni intracraniche (delle strutture anatomicamente contigue alle fosse nasali quali meninge e cervello) estremamente rare;
- Sindrome da shock settico, eccezionale e dovuta in genere al prolungato mantenimento in situ dell'eventuale tamponamento;
- Fistola artero-venosa (comunicazione tra arteria e vena);
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento, riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci, ipotensione e, in casi eccezionali arresto cardiaco);
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.



FESS

Durante l'esecuzione di questa chirurgia e nei primi 10 giorni dopo l'intervento si possono verificare delle complicanze che vengono distinte in maggiori e minori. Le prime richiedono di solito un reintervento chirurgico in anestesia generale, mentre le complicanze minori si risolvono con un intervento chirurgico in anestesia locale o con la terapia medica.

Con il termine **complicanza maggiore** si intende:

- Emorragia importante dalle fosse nasali e/o dai seni paranasali che può richiedere un tamponamento più compressivo; l'emorragia massiva con rischio per la vita è eccezionale e, di solito, si verifica nel corso dell'intervento;
- Fistola rinoliquorale (passaggio di liquido cefalorachidiano dall'interno del cranio nelle fosse nasali) per la presenza di una rottura in uno o più punti del tetto delle fosse nasali o del seno sfenoidale e, in genere, è dovuta a situazioni anatomiche particolari della parte alta delle cavità naso-sinusali;
- Ematoma (raccolta di sangue) intraorbitario compressivo che può richiedere un reintervento chirurgico urgente per evitare il rischio di cecità;
- Diminuzione o perdita della capacità visiva monolaterale o bilaterale come conseguenza di un sanguinamento all'interno della cavità orbitaria, di una lesione del nervo ottico o di lesioni gravi delle vie lacrimali;
- Diplopia ("visione sdoppiata") dovuta alla lesione di uno dei muscoli deputati alla motilità oculare (di solito il muscolo retto mediale) o a una emorragia da piccoli vasi ematici della parete della fossa nasale;
- Lesione del tessuto cerebrale secondaria alla rottura del tetto della fossa nasale;
- Meningite, per passaggio di batteri o virus dalle fosse nasali all'interno della cavità cranica (secondaria alla rottura del tetto della fossa nasale);

- Ascesso cerebrale, per passaggio di batteri o virus dalle fosse nasali all'interno della cavità cranica (secondaria alla rottura del tetto della fossa nasale);
- Fistola carotico-cavernosa (comunicazione tra l'arteria carotide interna e il seno venosocavernoso) secondaria a rottura della parete laterale del seno fenoidale;
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci, ipotensione e, in casi eccezionali, arresto cardiaco);
- Sindrome da shock settico, eccezionale e dovuta in genere al mantenimento prolungato in situ dell'eventuale tamponamento;
- Complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico e decesso.

Con il termine di **complicanza minore** si intende:

- Emorragia dei seni paranasali di modesta entità, in genere facilmente controllabile con il tamponamento;
- Dolore transitorio della regione operata e/o cefalea gravativa, possono essere contrastati somministrando farmaci antinfiammatori-analgesci;
- Gonfiore transitorio dell'emifaccia del lato operato (utile in questo caso, per ridurne l'entità, l'apposizione di una borsa di ghiaccio nell'immediato decorso postoperatorio e, nei casi più eclatanti, la somministrazione di corticosteroidi);
- Infezione locale, che generalmente si risolve con una terapia medica antibiotica adeguata;
- Lesione del dotto naso-lacrimale (condotto che veicola le lacrime dall'occhio nel naso) con conseguente epifora (eccessivo ristagno di lacrime) che può persistere da pochi giorni ad alcuni mesi o, addirittura, perdurare per sempre.
- Lesione della lamina papiracea (parete laterale della fossa nasale che divide la fossa nasale dalla cavità orbitaria) con formazione di un enfisema sottocutaneo periorbitario (raccolta di aria sotto la cute che circonda l'orbita) e/o palpebrale o di un'ecchimosi periorbitaria (raccolta di sangue sotto la cute che circonda l'orbita) e/o palpebrale o, più raramente, di un piccolo ematoma periorbitario (raccolta all'interno della cavità orbitaria stessa);



- Sanguinamento dalle fosse nasali di lieve e media entità di solito controllata con il tamponamento nasale;
- Alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: sinechie (cicatrici all'interno delle fosse nasali che a volte possono causare difficoltà respiratoria nasale), secchezza della mucosa nasale; per qualche mese, successivamente all'intervento, la formazione di croste nasali, con modesti e ripetuti sanguinamenti e sensazione di naso ostruito (complicanze peraltro più frequenti in caso di radioterapia pre/post-operatoria), è inevitabile e per ridurla è sufficiente eseguire regolarmente dei lavaggi nasali con soluzione fisiologica;
- Iposmia o anosmia cioè riduzione o perdita dell'olfatto;
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento;
- Recidiva (ricomparsa della malattia): evento abbastanza frequente ancorché imprevedibile, indipendentemente dalla tecnica operatoria e dal buon esito dell'intervento, per cui necessitano controlli periodici.

Anche se i rischi e le possibili complicanze possono generarLe ansia deve ricordare che la Sua patologia naso-sinusale è comunque soggetta, qualora non si intervenga, ad evoluzione spontanea con possibili complicazioni anche gravi ed uguali a quelle sopra esposte.

Chirurgia funzionale dei turbinati

I rischi di complicanze sono:

- Emorragia, legata a sanguinamento diffuso della mucosa, generalmente controllabile con la coagulazione bipolare o con il posizionamento di tamponi nasali, ma può ripetersi anche al momento della rimozione dei tamponi dalle fosse nasali e nei giorni successivi;
- Rinorrea (secrezione nasale);
- Talvolta possono verificarsi delle infezioni, che, generalmente però sono ben controllate dalla terapia antibiotica;
- Complicanze a patogenesi varia: lesioni cutanee, edema (gonfiore);
- Complicanze traumatiche: lesioni dell'apparato di drenaggio lacrimale con rischio di epifora (lacrimazione patologica);
- Con il mantenimento in situ dell'eventuale tamponamento nasale: apnea ostruttiva notturna, disfunzione della tuba di Eustachio (condotto virtuale che fa comunicare l'orecchio medio con il rinofaringe, cioè la parte della faringe posta dietro il naso);

- Granuloma (formazione di tessuto di granulazione di natura infiammatoria) da corpo estraneo;
- Alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: croste nasali e secchezza della mucosa nasale (risolvibili con cure locali assidue e continuate per qualche tempo), sinechie setto-turbinali (esiti cicatriziali dovuti a contatti tra setto e turbinati), cisti mucose, lesioni a carico dei tessuti molli, stenosi (restringimento) del vestibolo nasale, lesioni cutanee;
- A carico del setto nasale: perforazioni del setto nasale;
- Secrezione nasale maleodorante;
- Aumento del numero e della gravità degli attacchi di asma ;
- Al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci, ipotensione e, in casi eccezionali, arresto cardiaco), abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento;
- Sindrome da shock settico, dovuta in genere al mantenimento prolungato in situ dell'eventuale tamponamento;
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale/locale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

ALTERNATIVE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Per la deviazione del setto nasale non vi sono alternative terapeutiche; in caso di ipertrofia dei turbinati si può proseguire il trattamento con steroidi intranasali (spray nasale); per una rinosinusite odontogena non vi sono alternative terapeutiche; per la rinosinusite cronica non polipoide si ricorre a terapia medica ciclica; per la rinosinusite cronica polipoide si può ricorrere a trattamento steroideo topico (spray nasale) e/o sistemico ciclico o continuativo oppure a terapia con farmaci biologici se il paziente rientra nei criteri di inclusione dei protocolli previsti.

CONSEGUENZE POSSIBILI DEL RIFIUTO DI SOTTOPORSI ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Per la deviazione del setto nasale e l'ipertrofia dei turbinati si ha persistenza dell'ostruzione nasale; per la rinosinusite odontogena si verifica la persistenza dell'infezione cronica con possibile complicanze di osteolisi orbitaria e delle pareti del seno mascellare; per la rinosinusite cronica non polipoide persiste l'infezione cronica con estensione ai seni paranasali contigui e possibili complicanze endocraniche; per la rinosinusite cronica polipoide: peggioramento dell'ostruzione nasale, rinosinusiti acute recidivanti, tubotimpanite catarrale, aggravamento dell'asma (se presente).

IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE



Cosa portare

- Carta d'identità e codice fiscale
- Eventuali disposizioni anticipate di trattamento
- Elenco dei farmaci
- Vestiti larghi e comodi
- Scarpe comode e facilmente indossabili (che non richiedono di piegarsi per indossarle)
- Lasciare oggetti di valore e gioielli a casa



Cosa ti puoi aspettare

Spesso, un braccialetto identificativo (ID) e eventualmente un braccialetto per eventuali allergie con il nome e il numero dell'ospedale / clinica saranno posizionati sul polso in qualche ospedale.

Questi dovrebbero essere controllati da tutti i membri del team sanitario prima di eseguire qualsiasi procedura o darti farmaci.

DICHIARAZIONE DI LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Queste informazioni vengono pubblicate per informare sulla tua specifica procedura chirurgica. Non sono destinate a prendere il posto di una discussione con un chirurgo qualificato che è familiare con la specifica situazione. È importante ricordare che ogni individuo è diverso, e le ragioni e i risultati di ogni operazione dipendono dalle condizioni individuali del paziente.



Gentile Signore/a,
dovrai essere sottoposto/a a intervento di.....
Perché affetto/a da.....

Affinché sia informato/a in maniera per chiara e sufficiente sull'intervento che ti è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, ti preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurare delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permettere di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrai chiedere al chirurgo di tua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento proposto.

Ricordiamo che, contrariamente a quanto spesso viene affermato, nessun intervento chirurgico è semplice né banale. Alcune procedure chirurgiche "di routine" possono diventare molto complesse sia per le condizioni mediche generali del paziente che per frequenti variazioni anatomiche, patologie inattese che possono essere scoperte solo durante l'intervento e ancora per molti altri fattori che non è possibile prevedere né elencare in dettaglio. Nonostante la preparazione e il massimo impegno del chirurgo non sempre è possibile ottenere risultati che soddisfino le aspettative del paziente o quanto lo specialista si era proposto.

È importante riferire al tuo chirurgo, ai medici che redigeranno la tua cartella clinica e all'anestesista i farmaci di cui fai abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre riferire se hai già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se hai ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in tuo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Firma del paziente per ricevuta _____



Ospedale Koelliker