



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
INTERVENTO CHIRURGICO
ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA SOTTOMANDIBOLARE**

Alle ore _____ del _____ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ il quale dichiara

- di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato
- rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni _____
- indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece: _____
- essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. _____; in particolare è stata fornita un'informazione dettagliata riguardo alla patologia da cui sono affetto/a ossia _____

A causa di tale patologia Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di
ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA SOTTOMANDIBOLARE

Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la ghiandola sottomascellare perché affetta:

- Da infiammazione di tipo cronico, non risolvibile con terapia medica, dovuta a:
 - Litiasi (calcolosi);
 - Altro, cioè a.....;
- Da tumore che può:
 - aumentare di volume;
 - infettarsi;

- diventare maligno in un secondo tempo;
- Da tumore , di cui è necessario precisare la natura benigna o maligna;
- Da tumore di tipo maligno.

Realizzazione dell'intervento

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

L'intervento inizia con un'incisione in sede sottomandibolare, lunga pochi centimetri, ad andamento lievemente curvilineo a concavità verso l'alto, parallela al margine inferiore della mandibola e praticata lungo una piega cutanea per renderla meno visibile. L'asportazione della ghiandola sottomascellare avviene mediante dissezione chirurgica sottocapsulare e termina con la legatura del dotto salivare escretore che ha il suo sbocco nella cavità orale sotto la lingua e con posizionamento di un drenaggio (un tubicino) posto in un lato della ferita chirurgica per scaricare i liquidi ematici che si possono formare e che di norma verrà rimosso in III-IV giornata post-operatoria.

Se l'intervento è stato effettuato per un'infezione di tipo cronico, maggiormente se dovuta a calcoli, sarà bene verificare che a valle della legatura del dotto escretore non permangano dei calcoli, che, in caso affermativo, potranno essere asportati mediante una piccola incisione del dotto sul pavimento della bocca sotto la lingua.

Qualora l'intervento sia stato praticato per:

- una tumefazione dovuta a causa non determinata,
- un tumore di cui ignoriamo se sia di tipo benigno o maligno,

verrà inviato all'istologo un frammento di ghiandola contenente, anche una parte

- della tumefazione
- del tumore

affinché con l'esame istologico precisi la natura della lesione. In caso si tratti di tumore maligno di norma è bene eseguire uno svuotamento linfonodale (asportazione di tutti i linfonodi, che sono noduli di tessuto linfatico situati sul decorso dei vasi linfatici) laterocervicale del lato ove era situata la ghiandola sottomandibolare asportata (vedi relativo consenso informato). Lo svuotamento comporta un prolungamento dell'incisione cutanea nella regione del collo. I linfonodi asportati saranno inviati dall'istologo per l'esame istologico che preciserà se sono sede di riproduzione di malattia o meno.

La durata dell'intervento varia in funzione della patologia che lo ha causato, delle difficoltà che vengono incontrate e dei risultati dell'esame istologico eventualmente eseguito intraoperatoriamente.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Come tutti gli atti medici (esami , endoscopie, interventi sul corpo umano) che, pur se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di asportazione della ghiandola sottomandibolare può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Emorragia post-operatoria, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico;
- Ematoma (raccolta localizzata di sangue) post-operatorio, in genere scarso e poco preoccupante;
- Modico dolore nella zona dell'intervento, che di norma non richiede alcun trattamento od, al massimo, i comuni antinfiammatori-analgesici;
- Deficit funzionale di un ramo del nervo facciale dello stesso lato (nervo marginalis mandibulae) con incapacità di vario grado di muovere verso il basso la metà del labbro inferiore del lato operato. Nella maggioranza dei casi però questo deficit è solo temporaneo ed un recupero funzionale si può verificare in un intervallo di tempo tra 1 e 12 mesi.; può essere utile un'eventuale fisioterapia per affrettare i tempi del recupero;
- Infezione della sede dell'intervento, generalmente ben controllata da terapia antibiotica;
- Fistola salivare, cioè formazione di un tramite tra cute e mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste le cavità interne di organi che comunicano con l'esterno e che secerne muco) del cavo orale, con fuoriuscita di secrezione salivare, qualora si sia verificata una soluzione di continuo sul pavimento della bocca; generalmente tende rapidamente alla chiusura spontanea;
- L'infossamento talvolta evidenziabile, una volta tolta la medicazione, sotto il margine della mandibola nella zona dove era situata la ghiandola asportata si ridurrà progressivamente con il trascorrere del tempo;
- In caso di aderenze, soprattutto alla parte profonda della lingua, molto raramente, anche perché l'anatomia della zona in cui si interviene è ben conosciuta dal Suo chirurgo, si può verificare:
 - Traumatismo del nervo responsabile della motilità della lingua (nervo ipoglosso), che comporta un suo deficit con ipomotilità dell'emilingua, con scarse conseguenze sulla parola e sulla deglutizione, più spesso temporaneo;
 - Raramente lesione del nervo linguale, causa di dolori alla lingua e di disturbi di sensibilità del cavo orale;
- Formazione di cheloide, cioè tessuto cicatriziale esuberante, legato generalmente ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate; potrà giovare di cure particolari;
- Complicanze minori quali: parestesie (formicolii) o anestesia (perdita della sensibilità) o ipoestesia (diminuzione della sensibilità) nella regione sottomandibolare della ghiandola asportata; questi disturbi si attenueranno progressivamente con il trascorrere del tempo.
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Il/La paziente è stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore _____

Dichiara che quanto sopra descritto

era / NON era stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.

Dichiara di

essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente

non esserlo stato

Dichiara, altresì, di

avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto

non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti

di porre le seguenti domande:

a cui viene fornita esauriente risposta NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

Acconsente **Non acconsente** al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

Autorizza **Non autorizza** inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Autorizza **Non autorizza** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsente** **Non acconsente** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore _____ del _____

Firma del Medico

Firma del/della paziente

REVOCA del Consenso

In data _____ alle ore _____ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico _____ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: _____

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: _____

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): _____

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: _____

a cui viene fornita esauriente risposta NON viene fornita esauriente risposta

alle ore _____

il paziente

Revoca il consenso precedentemente manifestato

NON lo revoca

Firma Paziente _____

Firma Medico _____