

## CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI RINOSSETTOPLASTICA

[Luogo e Data]: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del/della Paziente: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

(Se applicabile) Nome e Cognome del Genitore/Tutore Legale: \_\_\_\_\_

### 1. DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a [Nome e Cognome del Paziente], dichiaro di essere stato/a *esaustivamente informato/a* dal Dott./Dott.ssa [Nome e Cognome del Chirurgo] (di seguito "il Chirurgo") circa l'intervento chirurgico di rinoplastica (di seguito "l'intervento") a cui intendo sottopormi. Dichiaro di aver ricevuto informazioni complete, chiare e comprensibili in merito a:

- **Natura e Finalità dell'Intervento:** Mi è stato spiegato che la rinoplastica è un intervento chirurgico volto a modificare la forma e/o le dimensioni del naso, e/o a correggere problemi funzionali della respirazione nasale (deviazione del setto nasale, ipertrofia dei turbinati, ecc.).
- **Modalità di Esecuzione:** Mi è stato illustrato il tipo di tecnica chirurgica che verrà utilizzata nel mio caso specifico (rinoplastica aperta/chiusa, utilizzo di innesti, ecc.), le fasi dell'intervento, il tipo di anestesia (locale con sedazione o generale) e la durata approssimativa dell'operazione.
- **Benefici Attesi:** Ho compreso quali sono i miglioramenti estetici e/o funzionali che *ragionevolmente* ci si può attendere dall'intervento, tenendo conto delle mie caratteristiche individuali e della mia situazione di partenza. Mi è stato chiarito che i risultati *non sono pienamente prevedibili* e che *non è possibile garantire un risultato estetico specifico*.
- **Alternative Terapeutiche:** Mi sono state illustrate le possibili alternative all'intervento chirurgico (se presenti), inclusi i trattamenti non chirurgici (es. rinofiller) e le loro limitazioni.
- **Decorso Post-Operatorio:** Sono stato/a informato/a sul decorso post-operatorio tipico, inclusi gonfiore, ecchimosi (lividi), dolore, necessità di medicazioni e tamponamento nasale, tempi di recupero e limitazioni delle attività.
- **Complicanze, rischi intrinseci ed estrinseci all'intervento:** vedi successivo elenco
- **Materiali Utilizzati:** Mi è stato comunicato se verranno utilizzati innesti (cartilagine autologa prelevata da setto, orecchio o costa, oppure materiali sintetici biocompatibili) e quali sono i rischi associati al loro utilizzo.

### 2. RISCHI E COMPLICANZE

Sono stato/a specificamente informato/a dei seguenti *possibili* rischi e complicanze, sia generali che specifici per la rinosettoplastica, e ne accetto le *potenziali* conseguenze:

- **Complicanze Generiche (comuni a molti interventi chirurgici):**
  - **Emorragia:** Sanguinamento durante o dopo l'intervento. In rari casi, potrebbe richiedere un reintervento o trasfusioni di sangue.
  - **Ematoma:** Raccolta di sangue sotto la pelle o nei tessuti. Potrebbe richiedere drenaggio.
  - **Infezione:** Rischio presente in qualsiasi intervento chirurgico. Potrebbe richiedere terapia antibiotica o, in rari casi, un reintervento.
  - **Reazioni Allergiche:** Reazioni ai farmaci utilizzati (anestetici, antibiotici, antidolorifici, ecc.) o ai materiali chirurgici.
  - **Trombosi Venosa Profonda/Embolia Polmonare:** Formazione di coaguli di sangue nelle vene (soprattutto delle gambe) che possono, in rari casi, migrare ai polmoni.
  - **Problemi di Cicatrizzazione:** Cicatrici ipertrofiche, cheloidi, cicatrici retraenti, discromie (alterazioni del colore della pelle).
  - **Complicanze Anestesiologiche:** Rischi legati all'anestesia (locale con sedazione o generale), che verranno discussi separatamente con l'anestesista.
- **Complicanze Specifiche della Rinosettoplastica:**
  - **Difficoltà Respiratorie:** Ostruzione nasale temporanea o, più raramente, persistente, dovuta a gonfiore, aderenze, deviazione residua del setto, o altre cause.
  - **Alterazioni della Sensibilità:** Diminuzione o alterazione della sensibilità della cute del naso o del labbro superiore (generalmente temporanea, raramente permanente).
  - **Asimmetrie:** Lieve asimmetria residua del naso, che può essere presente anche prima dell'intervento.
  - **Irregolarità del Profilo:** Irregolarità del dorso nasale (piccole sporgenze o depressioni) visibili o palpabili.
  - **Problemi alla Punta Nasale:** Punta cadente, punta iperproiettata, punta asimmetrica, pinzatura delle narici, retrazione della columella.
  - **Perforazione del Setto Nasale:** Rara, ma possibile, soprattutto in caso di interventi complessi o di revisione.
  - **Problemi Estetici:** Risultato estetico non soddisfacente per il paziente, nonostante l'esecuzione corretta dell'intervento.
  - **Necessità di Interventi di Revisione:** Possibilità che siano necessari uno o più interventi correttivi successivi per affinare il risultato o correggere eventuali complicanze.
  - **Alterazioni dell'Olfatto:** Diminuzione o perdita dell'olfatto (raro).

- **Epistassi:** Sanguinamento nasale, che solitamente cessa spontaneamente.
- **Dolore, fastidio persistente**
- **Complicanze molto rare, ma possibili anche se eccezionali: infezioni gravi (shock tossico); complicanze intracraniche (pneumocefalo, rinorrea, meningite, ecc.); danno ai nervi ottici.**
- **Deiscenza (riapertura) della ferita**

### 3. DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

- Dichiaro di aver avuto *ampio tempo* per porre domande al Chirurgo e di aver ricevuto risposte *chiare e soddisfacenti*.
- Dichiaro di aver compreso che i risultati dell'intervento *non sono pienamente prevedibili* e che *non mi è stata fornita alcuna garanzia* circa il raggiungimento di un risultato estetico specifico.
- Sono consapevole che *potrebbero rendersi necessari interventi chirurgici correttivi* successivi per affinare il risultato o trattare eventuali complicanze.
- Dichiaro di aver riferito al Chirurgo e all'anestesista *tutte le informazioni* relative al mio stato di salute, alle mie malattie pregresse o in atto, alle terapie farmacologiche in corso (inclusi farmaci da banco, integratori, fitoterapici), alle allergie note e a qualsiasi altra informazione rilevante per la mia sicurezza.
- Dichiaro di essere stato/a informato/a sulle istruzioni pre e post intervento e mi impegno a seguirle scrupolosamente.
- Dichiaro di essere stato edotto sulle alternative terapeutiche, chirurgiche e non.
- Sono consapevole che la/il Dott.ssa/Dott. Marta Giugliano, in quanto specialista, è coperto da apposita assicurazione professionale, ma tale circostanza non implica una garanzia sul risultato dell'intervento.

### 4. CONSENSO

In piena coscienza e libertà, *acconsento* all'esecuzione dell'intervento chirurgico di rinoseptoplastica, come descritto e discusso con il Chirurgo, e autorizzo il Chirurgo e la sua équipe a eseguire tutte le procedure che, a loro giudizio professionale, si rendessero necessarie durante l'intervento per garantire la mia sicurezza e il miglior risultato possibile.

### 5. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, inclusi i dati sensibili relativi alla mia salute, da parte del Chirurgo e della sua équipe, per le finalità connesse all'esecuzione dell'intervento e alla gestione del mio percorso di cura, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa italiana in materia di privacy. Sono stato/a

informato/a circa i miei diritti in materia di protezione dei dati personali, come specificato nell'informativa privacy che mi è stata consegnata/resa disponibile.

**6. UTILIZZO DI IMMAGINI (Opzionale - da includere solo se si prevede l'utilizzo di foto)**

**Acconsento**  **Non acconsento** all'utilizzo delle immagini fotografiche e/o video del mio volto e/o del mio naso, acquisite prima, durante e dopo l'intervento, per finalità scientifiche, didattiche, di documentazione clinica e di pubblicazione su riviste mediche, presentazioni a congressi, o siti web professionali, *garantendo l'anonimato* e la non riconoscibilità della mia identità (a meno di specifica autorizzazione scritta). *Questo consenso è facoltativo e può essere revocato in qualsiasi momento.*

**7. ACCETTAZIONE DEL PREVENTIVO (se applicabile)**

Dichiaro di aver ricevuto e accettato il preventivo di spesa relativo all'intervento chirurgico, inclusi gli onorari del chirurgo, dell'anestesista, i costi della clinica/struttura e di eventuali materiali/protesi.

**Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore Legale):** \_\_\_\_\_

**Firma del Chirurgo:** \_\_\_\_\_