



A.O. S. Croce e Carle
Cuneo

MOD_{ORL}_085

NOTA INFORMATIVA

**INTERVENTO CHIRURGICO DI EXERESI DI LINFONODO
CERVICALE - LINFOADENECTOMIA**

Data prima emissione: 23/06/2023

Data ultima revisione: 23/06/2023
Revisione n. 00

Fornite da _____

Gentile Signor/a _____

Etichetta

Nome:

Cognome:

Data di Nascita:

(se il paziente non ha diritto o capacità di esprimere autonomamente il consenso, compilare le voci sottostanti)

Signor/a _____ nato/a a _____ il _____

Signor/a _____ nato/a a _____ il _____

in qualità di: ☐ padre ☐ madre ☐ legale rappresentante

di _____ nato/a a _____ il _____

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento chirurgico di exeresi (asportazione) di linfonodo/i del collo, poiché è necessario per arrivare a una diagnosi. Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe.

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

Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'intervento è quello di asportare il/i linfonodo/i ingrandito, per consentire di giungere a una diagnosi della patologia che ne ha causato l'ingrossamento, inviando a esame istologico il materiale asportato.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento può essere eseguito in anestesia locale o generale. In questo secondo caso è indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

L'intervento inizia con un'incisione cutanea in sede latero-cervicale, a livello della tumefazione palpabile.

Al termine dell'intervento viene posizionato in situ un drenaggio per evitare il formarsi di un ematoma (raccolta di sangue nella cavità operatoria), che fissato alla pelle sarà rimosso dopo uno-tre giorni.

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

Come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano), pur condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di exeresi (l'asportazione) chirurgica di linfonodo/i cervicale può comportare dei rischi di complicanze.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- emorragie post-operatorie, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico; talvolta l'emorragia può causare un ematoma compressivo del collo con difficoltà respiratoria che richiede un reintervento; l'emorragia massiva intra-operatoria è rarissima



A.O. S. Croce e Carle
Cuneo

MOD_{ORL}_085

NOTA INFORMATIVA

**INTERVENTO CHIRURGICO DI EXERESI DI LINFONODO
CERVICALE - LINFOADENECTOMIA**

Data prima emissione: 23/06/2023

Data ultima revisione: 23/06/2023
Revisione n. 00

- infezione della sede dell'intervento (che nel caso della regione del collo può generare ascesso o infezione estesa alle fasce del collo), nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica
- cicatrizzazione esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi epoca stagionale, maggiormente in estate
- un'atrofia della cute può determinare a livello della zona operata una modificazione dei rilievi del collo
- allargamento dell'intervento nella regione del collo con lo svuotamento latero-cervicale (vedi relativo consenso informato), se l'esame istologico evidenzia una trasformazione maligna
- complicazione nervosa che può causare un disturbo nella motilità della lingua e l'incapacità a sollevare la spalla omolaterale
- complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Nel corso dei colloqui orali mi sono stati spiegati

- la natura dell'intervento e la sua indicazione per la mia patologia in atto;
- la portata dei benefici ottenibili e la possibilità di ottenerli in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che potrebbero rendersi necessarie revisioni per eventuali difetti, anche di natura estetica, non sempre imputabili ad errori di esecuzione tecnica;
- i rischi prevedibili dell'intervento, in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che comunque ogni intervento chirurgico può comportare rischi imprevedibili;
- la possibilità di scelte alternative, con spiegazione dei relativi benefici e rischi;
- il prevedibile periodo di ricovero e di convalescenza (salvo complicazioni) e le precauzioni postoperatorie indicate per evitare complicazioni, salvo quanto verrà più precisamente prescritto dopo l'intervento e nei successivi controlli.

Nel corso dei colloqui ho chiesto ed ottenuto i chiarimenti desiderati sui vari punti oggetto delle informazioni datemi. Al termine mi è stato consegnato il prospetto scritto che precede ed integra le dette informazioni, con la raccomandazione di riconsiderarle attentamente, esprimere liberamente eventuali dubbi e quesiti ulteriori, riguardanti anche la comprensione dei singoli termini, e dichiarare infine se alla luce di tutto quanto sopra io ritenga di manifestare o meno il mio consenso all'intervento proposto.

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento, che è stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione, di aver ben compreso in ogni loro parte le informazioni ricevute e di aver avuto il tempo necessario per riflettere.

Ciò premesso:

Dichiaro di ricevere/aver ricevuto copia del presente documento, che in ogni caso è disponibile online nella pagina Internet dell'Ospedale Santa Croce di Cuneo (www.ospedale.cuneo.it), nella sezione Home / Reparti Servizi Ambulatori, nella pagina dell'Otorinolaringoiatria

Firma del medico che fornisce le informazioni _____

Firma del paziente che riceve le informazioni _____

Data _____