

MODELLO INFORMATIVO

Il minore

nato/ail

PRESENTA LA SEGUENTE PATOLOGIA

PER CUI E' INDICATO L'INTERVENTO CHIRURGICO DI

BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

.....

.....

L'INTERVENTO E' ESEGUITO DAI SEGUENTI PROFESSIONISTI :

.....;

IL SANITARIO DI RIFERIMENTO E' IL DOTT.:

NON ESISTONO / **ESISTONO** alternative a questo trattamento chirurgico e cioè

.....

Gli eventuali vantaggi (delle alternative) potrebbero essere.....

.....

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono:

.....

Le probabilità di successo del trattamento, in assenza di complicanze, sono:

.....

La patologia anche dopo l'intervento può ricomparire: NO / SI ed in tal caso sarà necessario.....

.....

I rischi più comuni di questo intervento sono:

Reazioni allergiche legate alla somministrazione dell'anestetico locale, sanguinamento durante e dopo l'intervento, ematomi, tumefazioni originate dall'edema postoperatorio, difficoltà transitoria ad aprire la bocca, infezioni nella sede dell'intervento, apertura della ferita chirurgica.

I rischi SPECIFICI dell'intervento in questo caso:

- Lesioni nervose (n. alveolare inferiore e/o n. linguale) transitorie o permanenti e con alterazioni della sensibilità, formicolio e dolore alla lingua dal lato dell'intervento
- Lesioni transitorie o permanenti di un nervo (nervo buccinatorio) con alterazioni della sensibilità, formicolio a carico della mucosa e gengiva vestibolare della zona dei molari
- Alterazioni permanenti della sensibilità, formicolio e dolore a carico del territorio dell'infraorbitario
- Frattura delle ossa mascellari dal lato dell'intervento
- Possibile comunicazione (fistola) tra la bocca e altre ossa della faccia
- Lesioni dei nervi facciali e/o ciliare e dei dotti salivari nell'allestimento degli accessi chirurgici e durante l'intervento stesso
- Lesioni dei germi dei permanenti nella sede dell'intervento con possibile successiva agenesia, dislocazione o alterazione strutturale

In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di

Sono state richieste le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:

1. DOMANDA:.....
RISPOSTA.....

Si ritiene quanto precede chiaro ed esauriente.

Firma esercente la potestà di genitore
tutore.....curatore.....
minore

Timbro e firma del medico..... Data

CONSENSO ALL'INTERVENTO DI

NON SI ACCONSENTE / SI ACCONSENTE all'effettuazione dell'intervento chirurgico su indicato

Nome e cognome dell'esercente la potestà di genitore/tutore/curatore (stampatello)

.....

Nome e cognome dell'esercente la potestà di genitore/tutore/curatore (stampatello)

.....

DocumentoFirma

Data.....

** ** *

NON SI AUTORIZZA / SI AUTORIZZA l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es.) nel solo interesse della salute del minore e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate.

Nome e cognome dell'esercente la potestà di genitore/tutore/curatore (stampatello)

.....

Documento Firma

Nome e cognome dell'esercente la potestà di genitore/tutore/curatore (stampatello)

.....

Documento Firma

Data.....

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello)

Firma dell'interprete

documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello)

Firma del testimone.....

documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello)

Firma del testimone.....

documento.....Data.....