

MODELLO INFORMATIVO

Il sottoscritto/a..... nato/a..... il..... dichiaro di essere stato/a informato/a in data..... dal dr.....

DI ESSERE AFFETTO DALLA SEGUENTE PATOLOGIA

.....
E CHE PER IL TRATTAMENTO DELLA STESSA È INDICATO L'INTERVENTO CHIRURGICO DI

.....
BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO.....

.....
L'INTERVENTO E' ESEGUITO DAI SEGUENTI PROFESSIONISTI :

.....;
IL SANITARIO DI RIFERIMENTO E' IL DOTT.:

Mi è stato spiegato che **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

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

.....

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:

1. **DOMANDA:**.....

RISPOSTA.....

Ritengo quanto precede chiaro ed esauriente.

Firma del paziente Timbro e firma del medico.....data.....

CONSENSO ALL'INTERVENTO DI

IO.....

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

Firma del paziente.....data.....

NON AUTORIZZO / **AUTORIZZO** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es.....) nel solo interesse della salute della mia salute 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.

Firma del paziente.....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.....