

INFORMATIVA E CONSENSO

FIBROSCOPIA NASALE O FIBROLARINGOSCOPIA

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria in oggetto, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché le possibili controindicazioni del trattamento. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. La procedura terapeutica consigliata di **FIBROLARINGOSCOPIA** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

INFORMAZIONI GENERALI SULLA FIBROLARINGOSCOPIA

La FIBROSCOPIA (nota anche come Fibrolaringoscopia e/o Fibroscopia nasale) è un esame diagnostico-strumentale che prende il nome dallo strumento con cui si esegue, il FIBROSCOPIO. Si tratta di un endoscopio dall'aspetto di un sottile tubo, formato da **fibre ottiche** molto flessibili. Permette di **diagnosticare** molte patologie che riguardano **naso, gola, faringe e laringe**, tra cui deviazione del setto nasali, ipertrofie dei turbinati, polipi e lesioni sospette. Inoltre consente anche di valutare l'anatomia, la funzione, l'eventuale patologia della laringe, del naso e del nasofaringe ed eseguire una valutazione primaria della fonazione e deglutizione (in alcuni casi di patologia foniatrica dovrà essere eseguita un'ulteriore visita specialistica foniatrica).

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME

La Fibroscopia non è ordinariamente dolorosa ma in caso di sensibilità elevata può essere utilizzato un blando spray anestetico. L'esame consiste nell'introdurre nella fossa nasale più ampia una sottile fibra ottica, in modo da consentire la visualizzazione della parte posteriore del retro bocca, della laringe e della trachea. La tecnologia del Video-Fibroscopio acconsente sia al medico sia al paziente di visualizzare l'endoscopia su uno schermo Video. Il vantaggio di questa tecnologia sta nella possibilità di poter esporre il suo problema in maniera migliore. Nel caso in cui l'esame fosse espletato per la valutazione della deglutizione non viene utilizzato l'anestetico locale poiché, riducendo la sensibilità a livello faringeo, si verrebbe ad alterare il consueto meccanismo deglutitorio. Per questo motivo l'esame potrebbe far percepire un leggero fastidio, non tuttavia dolore. Durante l'esame della deglutizione il paziente viene osservato deglutendo per prima cosa "vuoto" (ovvero solo la propria saliva), poi successivamente liquido e cibo di diverse consistenze. Di solito viene utilizzato un colorante per nutrienti per evidenziare meglio il passaggio dei liquidi e cibi. La Fibrolaringoscopia è un esame di natura diagnostica e solitamente non vengono effettuate biopsie. In caso in cui il paziente necessiti di una biopsia essa viene effettuata durante un intervento in narcosi chiamato panendoscopia.

RISCHI ED EFFETTI NON DESIDERATI

I rischi della Fibrolaringoscopia sono relativi a:

- possibilità di traumi sulle mucose a causa dello sfregamento della fibra con conseguenti sanguinamenti (epistassi) ed esiti infiammatori, solitamente molto lievi. Questo rischio è maggiore in caso di assunzione di anticoagulanti;
- sensazione di leggero fastidio o prurito, di intorpidimento della gola per alcuni minuti per effetto dell'anestetico locale (si consiglia di rinunciare a mangiare e bere finché non sia completamente passato l'effetto dell'anestetico locale);
- reazioni ipotensive e allergie all'anestetico locale;
- rari episodi di sindrome vagale, laringospasmo e/o dispnea;
- estremamente rara possibilità di disфонia dopo una lesione delle corde vocali o disfagia con aspirazioni.

Raramente alcune di queste evenienze possono dare origine a condizioni di rischio grave quali shock allergico, emorragia, sincope.

ANAMNESI E VALUTAZIONE DI CONTROINDICAZIONI

Prima di eseguire il trattamento è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di una delle seguenti situazioni, al fine di identificare possibili controindicazioni ed individuare le opportune alternative terapeutiche:

È MAI STATO OPERATO NEL SETTORE OTORINOLARINGOIATRICO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' AFFETTO DA MALATTIE EMATOLOGICHE O COAGULOPATIE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' AFFETTO DA MALATTIE DELLA TIROIDE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' AFFETTO DA MALATTIE DEL METABOLISMO (AD ES. DIABETE)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' AFFETTO DA MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' AFFETTO DA MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' AFFETTO DA MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' AFFETTO DA MALATTIE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' AFFETTO DA ALLERGIE (AD ESEMPIO AD ANESTETICI LOCALI, MEDICINE, LATTICE, GOMMA, IODIO, POLLINE, MEZZI DI CONTRASTO, METALLI, ETC.)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASSUME ANTICOAGULANTI (P.E. ASPIRINA®, MARCUMAR®, COUMADIN®, XARELTO®, PLAVIX®, ELIQUIS® ETC.)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FUMA? SE SI QUANTE SIGARETTE? DA QUANDO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONSUMA ALCOLICI REGOLARMENTE? SE SI COSA? QUANTO? CON QUALE FREQUENZA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' IN STATO DI GRAVIDANZA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMATIVA E CONSENSO
FIBROSCOPIA NASALE O FIBROLARINGOSCOPIA

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'atto sanitario in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare l'esame proposto dal medico, potrebbe essere valutata la possibilità di eseguire un trattamento alternativo, essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: i) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; ii) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

DATI IDENTIFICATIVI

NOMINATIVO:

DATA DI NASCITA:

NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE SE MINORE/INCAPACE:

DATI SANITARI

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA

.....

.....

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA FIBROLARINGOSCOPIA

Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi alla FIBROLARINGOSCOPIA. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Dichiaro inoltre di aver osservato le indicazioni riportate nel modulo di preparazione all'esame. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato al trattamento
- tutore di
- esercente la responsabilità genitoriale su

acconsente

non acconsente

All'esecuzione dell'atto sanitario sopra indicato.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.

Firma del medico:

Il/la sottoscritto/a (Paziente): dichiara inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):