



### Modulo di informazione e consenso visita otorinolaringoiatria con laringoscopia

Da molti anni ormai la visita otorinolaringoiatrica con specchietti laringei e speculi nasali può essere integrata con l'utilizzo dell'endoscopio a fibre ottiche.

#### Procedura della visita:

Un tubicino sottile (diametro 4mm) viene introdotto nelle fosse nasali, talvolta previa anestesia locale con una spruzzata di anestetico (lidocaina al 2%), e fatto arrivare nella parte posteriore del retrobocca per visualizzare la laringe e la trachea.

Questa metodica, oltre a consentire una visita molto più precisa, consente di superare la difficoltà rappresentata da importanti riflessi di vomito.

La visita otorino è diventata pertanto ormai ovunque nel mondo una **visita microinvasiva**.

Non provoca mai sanguinamenti nasali, ma solo un leggero fastidio o prurito al momento dell'introduzione del tubicino, e talora se è spruzzato un anestetico una sensazione di intorpidimento della gola che dura 10 minuti circa. Le rarissime complicanze sono costituite da calo della pressione arteriosa, che vengono superate inclinando la poltrona di visita e facendo distendere il paziente, o da reazioni allergiche all'anestetico, che talora richiedono un trattamento farmacologico.

Il sottoscritto ..... nato il ..... a .....  
residente a ..... tel. ....

per se stesso

esercente/i la potestà genitoriale del minore ..... a cui è stata data  
adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sottoriportati (*essendo i sottocitati trattamenti considerati  
come "trattamenti medici comuni", è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori*)

legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale) di

.....  
(allegare fotocopia del documento del legale rappresentante)

dichiara di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dott. ....

dichiara di aver ben compreso il significato di quanto esposto e di aver ricevuto risposta a tutte le domande poste e di essere a conoscenza che tale consenso è libero da pressioni, revocabile in qualsiasi momento, senza alcuna spiegazione.

dichiara di non aver mai manifestato intolleranza o reazioni allergiche a farmaci, compresi gli anestetici locali.

dichiara di essere allergico ai seguenti farmaci .....

Valutato attentamente quanto sopra, acconsento alla visita prospettatami.

Ve-Mestre, li ..... Firma del paziente .....

Il medico ha verificato che il paziente ha compreso quanto sopra illustrato (*se paziente minorenne, il medico ha informato e ricercato con le dovute cautele l'adesione alle terapie proposte*)

Ve-Mestre, li ..... Firma del Medico .....

Eventuali note contemporanee o successive inerenti il presente consenso (*Esempio: se il paziente comprende bene la lingua italiana, se si è ricorsi ad un facilitatore, mediatore culturale, se è presente un testimone. In tal caso è opportuno raccogliere nelle note oltre alla firma del paziente anche la firma del testimone/facilitatore/mediatore*) .....

Firma del Paziente .....