

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO SANTA LUCIA

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI RINOFARINGOSCOPIA/LARINGOSCOPIA

Gentile Paziente,

con quanto segue vogliamo informarla sulla procedura che le è stata prescritta.

La rinofaringoscopia e la laringoscopia sono esami indicati per la visualizzazione dei distretti otorinolaringoiatrici con **strumenti a fibre ottiche**.

Nella nostra struttura abbiamo a disposizione uno strumento flessibile, con visione oculare diretta, che viene inserito nelle fosse nasali e permette la visione delle cavità nasali, del rinofaringe e dell'ipofaringe-laringe.

L'esame è in ogni caso eseguito ambulatorialmente e necessita di **digiuno da 4-6 ore** (la terapia abituale va assunta con un sorso d'acqua); può essere eseguito in pazienti adulti ma anche pediatrici, se selezionati ed adeguatamente istruiti.

La metodica talvolta può provocare leggeri conati di vomito; pertanto nei pazienti maggiormente sensibili è suggerita l'**instillazione di anestesia** spray per via orale e/o nasale (si raccomanda di avvisare il medico di eventuali allergie a farmaci).

Gli effetti dell'anestesia, quali sensazione di gonfiore in gola e difficoltà a deglutire, scompaiono nell'arco di 30-40 minuti.

Lo strumento esplora le fosse nasali, transita verso la porzione posteriore (rinofaringe) e, se necessario, scende inferiormente fino alla valutazione delle corde vocali (all'altezza del pomo d'Adamo); nel corso dell'esame il paziente verrà invitato a respirare con naso o bocca e ad emettere alcuni suoni o a deglutire.

Le possibili **complicanze** consistono:

- in leggeri sanguinamenti nasali, che si autolimitano e sono più frequenti in pazienti in terapia anticoagulante o/e antiaggregante;
- e talvolta la comparsa di transitorio spasmo della laringe in condizioni di particolare reattività individuale.

In **alternativa a tale procedura** vi possono essere alcuni esami radiologici, che però non sempre sono in grado di individuare lesioni superficiali, che nel tempo potrebbero evolvere in condizioni peggiorative se non sottoposte ad approfondimento (biopsia).



POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO SANTA LUCIA

Nome e Cognome del paziente

Ho letto e compreso quanto descritto (preparazione, modalità di esecuzione, complicanze ed eventuale evoluzione in caso di rinuncia), pertanto:

- acconsento
- non acconsento

all'esecuzione della procedura proposta.

Nome e Cognome dell'esercente patria potestà o del tutore

.....CF.....

di autorizzare - **non autorizzare** l'A.U.L.S.S. n. 8 BERICA al trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici, per le finalità per le quali sono state acquisite ai sensi del Dlgs. n. 196 del 30 giugno 2003 Codice della Privacy e s.m.i..

FIRMA del/della paziente, (o chi ne fa le veci)

LUOGO, DATA.....

Firma (del paziente o dell'esercente patria potestà o del tutore)

.....

Firma del medico

.....

Vicenza,