

|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <p align="center"><b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA<br/>ONCOLOGICA</b></p> <p align="center"><b>MODULO INFORMATIVO ALLA<br/>PRESTAZIONE SANITARIA PER TUMORI<br/>CUTANEI INFILTRANTI IL VOLTO</b></p> | <p>UOC DM – UOC OTORINO<br/>LARINGOIATRIA E<br/>CHIRURGIA CERVICO-<br/>FACCIALE<br/>MOD 19-2023<br/>Rev. 00<br/>26.10.2023<br/>PAG 1 DI 2</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Gentile Signora,

Egregio Signore,

La **informiamo** che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la patologia di cui Lei è affetto è:

□ **TUMORI CUTANEI INFILTRANTI IL VOLTO**

La **informiamo** che l'intervento previsto, che verrà effettuato in anestesia generale/locale con sedazione, consisterà in:

**ASPORTAZIONE CHIRURGICA CON MARGINE DI TESSUTO SANO ED EVENTUALE RICOSTRUZIONE  
MEDIANTE TESSUTI LIMITROFI (LEMBI arterializzati in 2 tempi) E/O  
PRELEVATI IN ALTRA SEDE CORPOREA (INNESTI DI CUTE E/O CARTILAGINE E/O PALATO DURO),  
OSTECTOMIE PARZIALI, RICOSTRUZIONE CON PLACCHE E VITI IN TITANIO.**

La **informiamo** che le conseguenze potranno essere (inclusi i rischi correlati):

- infezioni superficiali e profonde (osteocondriti, osteomieliti ecc)
- sanguinamento,
- edema,
- ecchimosi,
- ritardo di guarigione della ferita,
- apertura della ferita,
- turbe della sensibilità e/o della motilità locale,
- cicatrice antiestetica o patologica,
- necessità di reintervento in caso di incompleta escissione evidenziata da esame istologico definitivo o di recidiva locale,
- danni vascolari e nervosi.
- asimmetrie di forma, volume, motilità nei due emivolti,
- stenosi/ostruzione del canalicolo lacrimale con conseguente secchezza oculare e rischio di infezioni oftalmiche ricorrenti,
- dislocazione e/o esposizione delle placche/viti.

La **informiamo** che per le lesioni inerenti il padiglione auricolare: riduzione, alterazione della capacità uditiva e della trasmissione del suono.

La **informiamo** che esistono tuttavia dei rischi inevitabili, correlati con la chirurgia demolitiva a cui Lei consente di sottoporsi e a condizioni individuali, che fanno sì che il rischio residuo di queste complicanze non sia mai uguale a zero.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA<br/>ONCOLOGICA</b></p> <p align="center"><b>MODULO INFORMATIVO ALLA<br/>PRESTAZIONE SANITARIA PER TUMORI<br/>CUTANEI INFILTRANTI IL VOLTO</b></p> | <p><b>UOC DM – UOC OTORINO<br/>LARINGOIATRIA E<br/>CHIRURGIA CERVICO-<br/>FACCIALE</b></p> <p><b>MOD 19-2023</b></p> <p><b>Rev. 00</b></p> <p><b>26.10.2023</b></p> <p><b>PAG 2 DI 2</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Per questo motivo, sebbene l'intento sia quello di curarla diminuendo il più possibile gli effetti collaterali della terapia chirurgica, è necessario che Lei consenta a sottoporsi alle procedure sopra indicate, considerando però la possibilità che durante l'atto chirurgico potrà essere necessario un cambiamento del programma operatorio.

**La informiamo** che l'obiettivo primario del trattamento è quello di eradicare il tumore mantenendo, per quanto possibile, la funzionalità di organi e tessuti pertanto il risultato estetico potrebbe essere non confacente alle aspettative.

**La informiamo** che oltre al trattamento sopra specificato sono possibili altre opzioni di trattamento, di differente e non pari efficacia, quali:

- chemioterapia,
- radioterapia,

le quali tuttavia non offrono la possibilità di esaminare istologicamente il tumore.

La radioterapia può determinare ulteriori danni anche a distanza di anni.

**La informiamo** che utilizzeremo i tessuti e/o organi eventualmente asportati durante l'intervento per formulare una diagnosi isto-patologica.

**La informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_