

Sintesi Informativa per INTERVENTO SUL VELO PALATINO MEDIANTE RADIOFREQUENZE O LASER

rev. 0.0 2025

Gentile Signora/Egregio Signore,

Lei è affetto/a da roncopia (russamento) e pertanto dovrà essere sottoposto/a ad intervento sul velo palatino mediante radio-frequenze o mediante laser.

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe.

E' importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

Il russamento è una patologia che causa notevole disagio a chi ne è affetto. L'intervento mira ad accorciare ed a rendere meno flaccido il velo palatino (palato molle) in modo da ridurre e, se possibile eliminare il disturbo del russamento.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia locale attraverso la bocca senza cicatrici cutanee. In pratica si effettua impiantando nel palato molle un elettrodo attraverso il quale passa un'onda elettromagnetica la cui frequenza cade entro il campo delle onde hertziane o radioonde; in alternativa alle radiofrequenze si può usare il laser, con cui si praticano incisioni sul palato molle.

Le modalità dell'intervento sono in funzione della tecnica e dell'attrezzatura elettromedicale usate, nonché della personale esperienza del chirurgo, che provvederà a fornirLe ogni eventuale ulteriore informazione Lei desideri al riguardo.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano) che, pur se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento sul velo palatino mediante radio-frequenze o mediante laser può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Edema dell'ugola nelle ore immediatamente successive all'intervento;
- Dolore locale d'intensità variabile, che si accentua con la deglutizione e va trattato con antinfiammatori-antalgici e dieta semiliquida per alcuni giorni;
- Infezione locale, per la verità abbastanza rara, va seguita dal Suo chirurgo e trattata con antibiotici;
- Disturbi della cicatrizzazione con necrosi parziale del velo palatino (alterazioni strutturali irreversibili con perdita di qualsiasi funzione vitale a carico di zone del tessuto costituente il velo palatino), a carico del quale può residuare una perforazione;

Sintesi Informativa per INTERVENTO SUL VELO PALATINO MEDIANTE RADIOFREQUENZE O LASER

rev. 0.0 2025

- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Sono consapevole che, se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, in ogni modo a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario modificando la tecnica chirurgica prospettatami. Sono consapevole sull'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica.

Ciò premesso confermo di aver letto con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. Confermo, altresì, di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

Le rammentiamo che è suo diritto revocare il consenso in qualunque momento e sospendere la prestazione.

Le chiediamo di firmare la presente sintesi informativa per avvenuta presa visione

Luogo e data.....

Firma del paziente per presa visione
