

 AUSL 4 TERAMO il meglio è nel tuo territorio	U.O.S.D. di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia Responsabile Dott. P. Di Emidio	Nota MAXILLO FACCIALE 45 <u>Revisione 2 del 13.12.2021</u> Numero pagine 3
---	---	---

Informazioni Mediche per Biopsia Incisionale Cavo Orale

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento di cui necessita, 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 personale preposto ogni ulteriore chiarimento e delucidazione di cui ha bisogno.

E' importante che riferisca i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, bifosfonati e altri); è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche nei confronti di farmaci o sostanze, o eventuali precedenti anestesi. Infine è necessario che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Indicazioni all'intervento chirurgico

Lo scopo dell'intervento chirurgico di cui necessita è la valutazione della lesione che Lei presenta nel cavo orale e che necessita di esame istologico perché non è possibile effettuare una diagnosi certa con il solo esame obiettivo, rientrando essa in diagnosi differenziale con altre lesioni simili.

Descrizione dell'intervento

L'intervento viene eseguito in anestesia locale o generale in base a valutazione clinica del paziente. Può essere effettuata l'incisione di un lembo muco-gengivale, asportazione di tessuto, e eventuale sutura. Invio del materiale in istologia per la diagnosi .

Rischi e Complicanze

Come tutti gli atti medici e chirurgici, che, pur se condotti in maniera adeguata con competenza e esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche gli interventi di chirurgia orale possono comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

- Eventuali traumatismi occasionali su mucose orali e lingua .
- Lesioni accidentali a tessuti parodontali e muco gengivali.
- Emorragia.
- Eventuale recidiva.
- Lesioni vascolari e nervose alle strutture vicine con conseguente parestesia o anestesia temporanea o perenne
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale/locale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Dopo l'intervento è possibile avere dolore con eventuale infiammazione delle parti interessate, gonfiore e tumefazione, e difficoltà nella masticazione e deglutizione.

Si raccomanda per questo, di seguire scrupolosamente le indicazioni del chirurgo operatore per la gestione della fase post-chirurgica come l'applicazione del ghiaccio, la dieta, le eventuali terapie farmacologiche e le precauzioni necessarie.

Non dimentichi di informarci sui farmaci di cui fa uso, su eventuali allergie e di portarci in visione, la sua documentazione clinica.

Non esistono alternative al trattamento proposto.

Speriamo, con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti, non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune perché anche il più piccolo dubbio e la più piccola incertezza devono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirle.

Leggere attentamente e/o seguire le istruzioni date dal medico per la condotta post-operatoria **Note aggiuntive**

Test di verifica della qualità del foglio informativo

Ritiene che le informazioni che le sono state fornite con questo opuscolo siano sufficienti e chiare?

SI ☐

NO ☐

Vorrebbe avere altre informazioni ?

(qualora le informazioni non siano sufficienti o chiare indicare se possibile su quale argomento e attendere il colloquio con il medico)

•

• **FIRMA DEL PAZIENTE** _____ Data ____/____/____

•

FIRMA DEL MEDICO _____ Data ____/____/____

(Il Medico deve apporre la propria firma e la data)