

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____ **data di nascita** _____

| | |
|---|--|
| Quali sono le sue condizioni di salute? | LESIONE ORBITARIA _____ |
| Trattamento proposto: | EXENTERATIO ORBITAE _____ |
| Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa? | All'esame obiettivo ed agli esami strumentali presento lesione orbitaria con interessamento delle strutture limitrofe, con indicazione all'exenteratio orbitae. EXENTERATIO ORBITAE: asportazione del contenuto dell'orbita comprensiva degli annessi oculari, ovvero del bulbo oculare, della muscolatura estrinseca, del grasso peribulbare, della periorbita, delle palpebre ed eventualmente della cute perioculare. |
| Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo? | Asportazione della lesione. |
| Quali sono i possibili problemi di recupero? | Dolore in sede di intervento che verrà trattato con terapie antidolorifiche. Gonfiore post-operatorio in sede di intervento. Visione monoculare. Deformità/asimmetrie residue. |
| Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento | Mancata diagnosi istologica definitiva, con impossibilità ad impostare adeguato iter terapeutico. Possibili incremento dimensionale della neoformazione e/o evoluzione e/o degenerazione e/o complicanze loco-regionali con compromissione morfologica e funzionale. |
| Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi? | Emorragie/sanguinamenti, che possono rendere necessario ulteriori trattamenti chirurgici per effettuare l'emostasi. Recidiva della malattia e/o asportazione incompleta, che possono richiedere ulteriori trattamenti medici e/o chirurgici. Problematiche disventilatorie gravi che potrebbero compromettere la normale funzionalità respiratoria del paziente, mettendone a rischio la vita, e che potrebbero richiedere trattamenti di urgenza/emergenza. Complicanze tromboemboliche che possono compromettere lo stato neurologico e/o le condizioni di circolo sanguigno. Ematomi/raccolte/sieromi. Infezioni loco-regionali /ascessi. Cicatrici atrofiche, ipertrofiche, retraenti e/o patologiche (ad es. cheloidi). Alterata guarigione delle ferite, con formazione di deiscenze. Necessità di effettuare ulteriori trattamenti medici e/o chirurgici. Alterazioni della sensibilità nel territorio di innervazione del nervo infraorbitario e del nervo sovraorbitario omolaterale, temporanee/permanenti. |

| | |
|---|---|
| | Impossibilità al posizionamento di protesi bulbare post-operatoria. Meningiti/meningoencefaliti. |
| Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti? | In base all'istologia della lesione: <ul style="list-style-type: none"> • Il trattamento adroterapico e/o radioterapico, eventualmente in associazione al trattamento chemioterapico, potrebbe non mostrare la stessa efficacia terapeutica del trattamento chirurgico eventualmente seguito da terapie adiuvanti. • Trattamento chemioterapico e/o immunoterapico esclusivo. |
| Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento? | I medici dell'equipe della Struttura Complessa e delle Strutture Semplici. |

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
