



INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO TRATTAMENTO DELL'UNGHIA INCARNITA CON LASER

MC 12 28 C
Pag 1 / 4
Rev 3
08/2024

Gentile Signore/a,

ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessato/a dopo adeguata informazione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato.

Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

Dichiaro di essere stata/o informata/o in modo a me chiaro e comprensibile che, per la patologia riscontratami "**UNGHIA INCARNITA**" è indicato il trattamento chirurgico.

Le cause dell'unghia incarnita non sono ancora state dimostrate anche se sono considerati fattori predisponenti:

- l'iperidrosi;
- una eccessiva pressione esterna: errata posizione del piede nella statica e nella deambulazione, scarpe che calzano male, traumi;
- una eccessiva pressione interna: crescita sub ungueale, malformazioni falangee, processi infiammatori, artropatie;
- le malattie sistematiche associate: obesità, diabete, alterazioni geriatriche, ecc.;
- un non corretto taglio delle unghie.

La combinazione di questi fattori produce una o più delle tre lesioni caratteristiche dell'unghia incarnita: aumento della curvatura trasversale del piatto ungueale, ipertrofia della parete laterale dell'unghia, perforazione dell'epitelio del solco laterale dell'unghia da parte di spicole di piatto ungueale (onicocriptosi) che porta a una reazione da corpo estraneo.

L'unghia incarnita non più trattabile con tecniche conservative è una infezione causata dalla penetrazione del margine ungueale nella plica cutanea che si ulcera e ricopre l'unghia con un bordo carnoso che forma una cavità semichiusa ripiena di materiale purulento dolente alla minima pressione.

Il trattamento radicale deve asportare l'unghia e l'orletto granuleggiante ma anche prevenire la recidiva impedendo all'unghia di ricrescere, distruggendone la matrice.

La tecnica utilizzata prevede una anestesia tronculare con 10 cc di Lidocaina 2% addizionata con bicarbonato di sodio 4,2% con rapporto 10:1 la disinfezione del campo operatorio con soluzione saponosa di betadine e, senza bisogno di porre un laccio emostatico alla base del dito, la preparazione del campo operatorio con pezze bagnate.

Con il laser si esegue la vaporizzazione del granuloma da corpo estraneo, l'escissione della striscia longitudinale di unghia che è invaginata nella plica ungueale ed infine la distruzione della matrice corrispondente.

Quindi si applica una pomata disinfettante e si esegue una medicazione oclusiva. Il giorno seguente, il paziente rimuove la medicazione, esegue un bagno con una soluzione blandamente disinfettante e quindi applica nuovamente la pomata e un cerotto medicato.

Queste operazioni vengono eseguite giornalmente fino alla completa guarigione della ferita.

Vengono eseguiti controlli a settimane alterne per valutare la cicatrizzazione e riconoscere eventuali complicanze.

Le caratteristiche del raggio laser permettono di non prescrivere antibiotici anche in quei pazienti che prima dell'intervento presentavano una infezione di tipo suppurativo.

La complicanza post-operatoria più frequente riscontrata in circa il 20% dei pazienti è un modesto gemizio siero ematico dalla sede del granuloma, principalmente quando il processo flogistico è presente da lungo tempo.



INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO TRATTAMENTO DELL'UNGHIA INCARNITA CON LASER

MC 12 28 C
Pag 2 / 4
Rev 3
08/2024

Solo il 40% degli operati assumono blandi analgesici nella giornata dell'operazione.

A tutti i pazienti viene consigliata una completa ripresa delle proprie attività dal giorno seguente il trattamento.

Il risultato estetico è correlato all'entità della distruzione dell'unghia e quindi al fatto che l'intervento venga effettuato su uno o entrambi i margini ungueali.

Anche nel secondo caso, pur essendo la riduzione della lamina ungueale visibile, l'unghia è costantemente conservata. Rimane sempre, ben visibile, un solco tra l'unghia e la plica cutanea laterale.

Altre complicanze post-operatorie possono essere di tipo infettivo con infezione della ferita chirurgica dei tessuti molli e delle strutture circostanti (osso-articolazione) o con una linfangite che risale al piede o alla gamba.

Queste complicanze devono essere segnalate al chirurgo e vengono trattate con terapia antibiotica anche prolungata.

Le emorragie che possono presentarsi nell'immediato post-operatorio o dopo le medicazioni normalmente si risolvono con la compressione. In rari casi si rende necessaria una emostasi chirurgica in anestesia locale.

La guarigione della ferita chirurgica avviene normalmente in due mesi anche se vi sono ferite che guariscono in tempi più lunghi soprattutto se sopravviene una infezione.

Lesioni irritative cutanee peri-ungueali anche con ulcerazioni cutanee da intolleranza alla pomata (Iruxol) o all'amuchina (soprattutto se usata in maniera troppo concentrata), richiedono la sospensione dei trattamenti e la loro sostituzione con disinfettanti alcolici.

La recidiva è rara (3-4%) ed è legata alla capacità della matrice ungueale di ricostruirsi anche in maniera completa.

Se la recidiva si riscontra precocemente prima della guarigione della ferita chirurgica e prima della formazione di un granuloma da corpo estraneo si può eseguire una nuova asportazione della matrice, senza necessità di ampia vaporizzazione dei tessuti circostanti.

In caso di recidiva completa si rende necessaria la ripetizione dell'intervento.

È essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento prospettato, per cui La invitiamo a chiedere liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

Informativa consegnata in data _____

Firma del professionista _____

Firma del Paziente _____



**INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO
TRATTAMENTO DELL'UNGHIA INCARNITA CON
LASER**

MC 12 28 C
Pag 3 / 4
Rev 3
08/2024

Io sottoscritto/a

- paziente
 genitore esercente la potestà genitoriale
di
 tutore
 amministratore di sostegno di

Spazio per l'etichetta

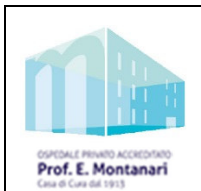
DICHIARO

➤ di essere stato/a esaustivamente informato/a in modo chiaro e comprensibile, mediante colloquio e modulo informativo:

- che sono/che è affetto/a da unghia incarnita e che per il trattamento di tale patologia è indicato l'intervento chirurgico

Sito intervento _____ Lato intervento _____

- del tipo e delle caratteristiche dell'intervento chirurgico proposto;
 - delle indicazioni, controindicazioni, possibili benefici ed insuccessi dell'intervento chirurgico proposto;
 - degli eventuali rischi generici e specifici e delle possibili complicanze dell'intervento chirurgico proposto;
 - del fatto che la tecnica chirurgica concordata potrà essere modificata dall'operatore nel corso dell'intervento qualora egli lo ritenesse necessario e/o opportuno;
 - del decorso post-operatorio e dei tempi di degenza medi;
 - dei controlli da effettuare e delle misure igieniche e prescrizioni da seguire a domicilio;
 - delle possibili alternative terapeutiche all'intervento chirurgico proposto e dei relativi rischi e complicanze;
 - delle motivazioni che rendono più indicato l'intervento chirurgico proposto rispetto alle alternative terapeutiche;
- di aver avuto la possibilità di fare domande sulle informazioni ricevute e di aver ricevuto esaurienti risposte;
- di essere stato informato della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento chirurgico proposto;
- di essere stato informato dei rischi in caso di ritardo o rifiuto del trattamento proposto;
- di essere stato informato del fatto che in caso di rifiuto verrò ugualmente curato/a ed assistito/a;
- di aver compreso quanto mi è stato spiegato.



**INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO
TRATTAMENTO DELL'UNGHIA INCARNITA CON
LASER**

MC 12 28 C
Pag 4 / 4
Rev 3
08/2024

Tutto ciò premesso, in piena coscienza e libertà

. **Accenso** **Non Accenso** a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

. **Autorizzo** **Non Autorizzo** i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.

. **Autorizzo** **Non Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

. **Accenso** **Non Accenso** a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto delle leggi in vigore sulla privacy.

Data
Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà

Data
Firma del medico dell'equipe chirurgica che acquisisce il consenso

POSSIBILITA' DI DISSENSO SUCCESSIVO AL CONSENSO DATO

In ogni caso ed in ogni momento lei può rinunciare al piano terapeutico al quale questo documento fa riferimento.
Le sarà sufficiente, anche dopo il suo ingresso in struttura, firmare il suo dissenso qui a seguito riportato, per ottenere la sospensione del piano di cura a cui si riferisce.

Io sottoscritto/a
Dichiaro il mio dissenso alla prosecuzione del piano terapeutico al quale questo documento fa riferimento

Data
Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà

Data
Firma del medico dell'equipe chirurgica che acquisisce il dissenso