

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA BRONCOSCOPIA RIGIDA

Il/la sottoscritto/a:

.....

nato/a: il:

SPAZIO PER EVENTUALE
ETICHETTA
IDENTIFICATIVA

dichiaro di essere stato/a informato/a in data dal dr.

DI ESSERE AFFETTO DA E

CHE PER IL TRATTAMENTO DELLA STESSA E' INDICATO EFFETTUARE BRONCOSCOPIA RIGIDA.

Descrizione della patologia:

.....

Prima di sottopormi alla procedura ho avuto un colloquio con il Medico che mi ha illustrato gli scopi e le modalità di esecuzione della procedura e gli eventuali effetti collaterali.

L'intervento verrà eseguito da uno o più dei seguenti medici: Dr Marco Biolo, Dr Pietro Geri, Dr Annalisa Busca, Dr Chiara Torregiani, Dr Alessandra Pagnin,

Il Medico cui potrà fare riferimento è il Dott.:

Descrizione della procedura:

La procedura prevede l'utilizzo del broncoscopio rigido, uno strumento metallico con una estremità che termina a becco di flauto e l'altrache permette la connessione a sistemi di ventilazione meccanica e un canale per l'introduzione di strumenti operatori (pinze, protesi, laser, aspiratori,). Il broncoscopio rigido viene introdotto attraverso la bocca all'interno delle vie aeree (trachea e bronchi principali), mediante l'iperestensione della testa a decubito supino, e permette l'utilizzo di strumento come pinze, tubi di aspirazione, fibre laser che passano al suo interno. L'introduzione dello strumento e le operazioni successive sono svolte in sala operatoria dopo che il paziente è stato sedato adeguatamente dal Medico Anestesista e dopo che è stata applicata un'anestesia locale. L'utilizzo del broncoscopio rigido ha sia finalità diagnostiche (esecuzione di biopsie di lesioni localizzate all'interno delle vie aeree) che terapeutiche (rimozione di corpi estranei, disostruzione dei bronchi principali da parte di lesioni occupanti spazio, posizionamento di protesi endobronchiali, tamponamento di emorragie endobronchiali) per le quali l'utilizzo del broncoscopio flessibile non permette un adeguato trattamento e per cui rappresenta quindi spesso l'unica metodica a disposizione del Medico Pneumologo.

Indicazioni alla procedura:

- Ottenere dei campioni biotici endotracheali / endobronchiali da poter sottoporre ad esami specifici
- Eseguire disostruzioni di neoplasie endobronchiali / endotracheali con strumentazione dedicata, quali pinze, elettrocoagulatori, laser, etc.
- Rimozione corpi estranei
- Applicazioni di protesi endobronchiali / endotracheali
- Instillare farmaci (ad esempio antibiotici, farmaci procagulativi e vasocostrittori in sanguinamenti)
- Eseguire manovre terapeutiche quali coagulazioni di lesioni sanguinanti e manovre emostatiche tamponanti

Possibili complicanze / effetti indesiderati:

- **Lesionioavulsioni dentarie:** essendo uno strumento metallico rigido avolte possono capitare lesioni o avulsione di uno o più denti per la difficoltà di introduzione e manovra dello strumento stesso.
- **Lesioni della mucosa del cavo orale, faringe, retrofaringe, laringe, corde vocali, tracheali e bronchiali:** determinate per lo più dalla difficoltà di introduzione e manovra dello strumento stesso durante l'intervento.
- **Ipoventilazione:** perché il broncoscopio rigido occupa spazio nelle vie aeree e aumenta le resistenze respiratorie, da ciò l'indicazione alla somministrazione di O2 supplementare.
- **Aritmie cardiache:** che potrebbero essere date dai farmaci utilizzati durante la procedura o per una eventuale ipossia (mancanza di ossigeno a livello del sangue).
- **Pneumotorace:** presenza di aria nel cavo pleurico, dovuto a lesione polmonare. Può richiedere il posizionamento di un drenaggio toracico.
- **Emotorace:** presenza di sangue nel cavo pleurico. Può richiedere il posizionamento di un drenaggio toracico e/o intervento chirurgico maggiore.
- **Pneumomediastino:** introduzione di aria a livello mediastinico
- **Emorragie:** spontanea o provocata da manovre biotiche e/o da lesioni sia durante l'introduzione e manovra dello strumento stesso e/o da manovre di disostruzione e/o rimozione corpi estranei.
- **Reazioniallergiche:** che potrebbero essere date dai farmaci utilizzati durante la procedura.
- **Laringospasmo obroncospasmo,** soprattutto nei pazienti con aumentata reattività delle
- vie aeree;
- **Infettive:** soprattutto nei pazienti critici e/o immunodepressi.
- **Decesso:** generalmente dovuto a complicanze date dalla patologia di base.

Il Personale Sanitario e gli ambienti dove si svolgono le procedure sono preparati al trattamento immediato di tutte le possibili complicanze.

I possibili esiti cicatriziali dell'intervento chirurgico sono rappresentati da:

Questa procedura ha accesso oro-tracheale e pertanto non da lesioni cutanee. Si possono avere lesioni del cavo orale, delle corde evocali e tracheali.

Mi è stato spiegato che le alternative a questo trattamento chirurgico sono:

Broncoscopia flessibile: si esegue con un broncoscopio più piccolo e flessibile, ma non permette di effettuare molte procedure interventistiche e da un minor controllo di eventuali complicanze.

AVVERTENZE SPECIALI:

STATO GRAVIDICO

A causa dell'eventuale impiego di raggi X post procedura per controllo di possibili complicanze, è necessario informare i medici di una eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:

1. DOMANDA:

RISPOSTA:

2. DOMANDA:

RISPOSTA:

Conscio della necessità, della finalità dei rischi che questa procedura comporta e delle conseguenze di un eventuale rifiuto. Dichiaro altresì che le informazioni fornite sono state esaurienti e hanno chiarito tutti i miei dubbi in merito alla procedura.

- AUTORIZZO** **NON AUTORIZZO** di esservi sottoposto di mia volontà.
- AUTORIZZO** **NON AUTORIZZO** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure aggiuntive ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. ecografia, scopia con raggi X, radiografia del torace) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso.

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

Firma del paziente*:

Firma del medico: **Data:**

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e cognome del padre: Nome e cognome della madre:
Firma del padre: Firma della madre:
Data:..... Data:

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Nome e cognome dell'interprete (stampatello):
Firma dell'interprete: Documento: Data:.....
Nome e cognome del testimone (stampatello):
Firma del testimone: Documento: Data:.....

* la firma deve essere sempre apposta dal paziente, anche se minorenne