

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI BIOPSIA

☐ POLMONARE / ☐ PLEURICA / ☐ MEDIASTINICA

Il Medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad un ulteriore approfondimento diagnostico in considerazione della patologia riscontrata nel Suo caso. Tale approfondimento consiste in una puntura biotipica a scopo diagnostico a livello del pleura/polmone e/o del mediastino con guida TC e pertanto L'ha inviata c/o questa Struttura di Radiologia per eseguire tale procedura.

Per tale motivo La preghiamo di voler leggere con attenzione questo modulo nel quale vengono fornite le informazioni circa la modalità di esecuzione dell'esame affinché Lei sia in grado di manifestare, anche mediante la firma apposta in calce al documento, il Suo **CONSENSO INFORMATO al Medico che esegue l'indagine**.

Qualora non tutte le informazioni risultino chiare e esaurienti potrà chiedere ulteriori chiarimenti al suo Medico Curante o al Medico Radiologo che effettuerà la procedura, prima dell'esecuzione della biopsia.

A COSA SERVE E COME SI SVOLGE L'INDAGINE?

La biopsia consente di stabilire la natura della lesione evidenziata in precedenza con la diagnostica per immagini per effettuare le successive scelte terapeutiche.

La procedura viene eseguita utilizzando la TC che consente l'esatta localizzazione della lesione da biopsiare al fine di inserire con precisione un particolare tipo di ago a livello della pleura/polmone/mediastino per prelevare un frammento di tessuto che sarà successivamente esaminato al microscopio c/o l'Istituto di Anatomia e Istologia Patologica, per una diagnosi che consenta un corretto approccio terapeutico.

Questa manovra può evitare un intervento chirurgico (che richiederebbe un'anestesia generale).

L'uso della TC riduce il rischio della manovra al minimo, perché permette di evitare danni agli organi vicini alla zona di interesse o lungo il percorso seguito dall'ago, evitando vasi o strutture ossee.

Il fastidio o dolore che Lei potrebbe provare saranno ridotti al minimo da una anestesia locale mediante l'utilizzo di Lidocaina e/o dall'uso di materiali che danno il minimo trauma all'organo interessato.

Tuttavia esistono dei **rischi connessi alla manovra**:

1. **insorgenza di pneumotorace** che consiste nella comparsa di aria tra i due foglietti pleurici, con conseguente collasso di vario grado del polmone
2. **emoftoe**, ovvero l'emissione di sangue dalla bocca con la tosse, di solito di lieve entità, risolta sempre spontaneamente
3. **emorragie lungo il percorso dell'ago**, specialmente se il sistema della coagulazione è deficitario
4. perforazione dell'intestino (in caso di punture toraciche molto basse)

Sono evenienze che si verificano con limitata frequenza (la probabilità che si verifichino è inferiore al 2% per le emorragie, mentre per il pneumotorace si raggiunge un'incidenza in Letteratura compresa tra il 15,8 e il 30% con una media del 20%, valore che risulta inferiore nella nostra casistica). Tali evenienze spesso non richiedono terapia, ma talora un breve ricovero e solo a volte il posizionamento di un tubo di drenaggio (5%) o un intervento chirurgico.

Io sottoscritto/a (nome)..... (cognome)

nato/a il

dichiaro di essere stato adeguatamente informato dal Medico Radiologo sulla procedura che sto per eseguire

DAI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Radiologia Gorizia – Monfalcone

Sede di Gorizia: Via Fatebenefratelli 34, 34170 tel. 0481/592232 -
centralino 0481/5921 Sede di Monfalcone: Via Galvani 1, 34074 tel.

0481/487240 - centralino 0481/4871

paolo.cassetti@asugi.sanita.fvg.it

radiologiago@asugi.sanita.fvg.it

radiologiamo@asugi.sanita.fvg.it

Al fine dell'esecuzione della biopsia dichiaro di:

- essere in possesso del valore dell'INR eseguita in data e il valore della piastrinemia;
- non essere in trattamento anticoagulante o antiaggregante, ovvero, di averlo temporaneamente sospeso;
- non essere allergico al lattice ed ai disinfettanti cutanei ed alla Lidocaina;
- non essere portatore di protesi cardiaca o affetto da valvulopatia, cardiopatia congenita, pregressa endocardite.

Ed inoltre, dopo aver discusso delle indicazioni, dell'assenza di procedure alternative e dei possibili effetti collaterali, accetto la procedura proposta dal mio Medico di fiducia che mi ha inviato c/o la Radiologia per l'esecuzione di essa.

E inoltre dichiaro:

- di essere stato esaurientemente informato dal Medico Radiologo sulla procedura che sto per eseguire e sugli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare
- confermo inoltre di aver ben compreso le spiegazioni che sono state fornite

e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Il Paziente

Il Medico Radiologo

.....

.....

Trieste, lì

Nego lo stato gravidico (Firma) Data

A USO INTERNO

Il paziente è stato identificato per due volte con diversa modalità.

Firma dell'operatore: Data