CONSENSO INFORMATO AL POSIZIONAMENTO DI DRENAGGIO A SCOPO TERAPEUTICO MEDIANTE GUIDA ECO/TC/FLUOROSCOPICA

Il Medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi al posizionamento di un drenaggio mediante puntura guidata con Ecografia/TC a scopo terapeutico.
La si informa che durante questa manovra si una l'Ecografia/la TC o la fluoroscopia per inserire con precisione un ago e quindi un catetere multiforato all'interno di un ascesso o di una cisti o di una raccolta o nelle vie urinarie dilatate per aspirarne il contenuto.
Questa manovra viene eseguita in anestesia locale o in sedazione (se ritenuto necessario) e può evitare un intervento chirurgico (che richiederebbe un'anestesia generale).
L'uso dell'Ecografia/della TC/fluoroscopia e l'utilizzazione di materiali che danno il minimo trauma all'organo interessato riduce il rischio della manovra al minimo perché permette di evitare danni agli organi vicini alla zona di interesse.

Esistono tuttavia dei rischi connessi alla manovra:

1. emorragie specialmente se il sistema della coagulazione è deficitario
2. perforazione dell'intestino, della pleura (in caso di punture addominali o toraciche)

Sono evenienze piuttosto rare (la probabilità che si verifichino è inferiore al 2% per le emorragie ed ancora più bassa per quanto riguarda le altre complicanze) e richiedono generalmente un breve ricovero e, solo raramente, un intervento di tipo chirurgico.

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

nato/a ……il .....

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

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 .....