CONSENSO INFORMATO
ALLA TERMOABLAZIONE CON CRIOTERAPIA ECO o TC GUIDATA

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad una termoablazione con crioterapia guidata con Ecografia/TC.
La si informa che durante questa manovra si usa l'Ecografia/la TC per inserire con precisione un ago all'interno di un nodulo tumorale per uccidere le cellule del nodulo con il freddo. Infatti sulla punta dell'ago si producono temperature tra i -20 e i -40° che provoc ano la necrosi del tessuto tumorale e quindi la morte delle cellule.
Questa manovra può evitare un intervento chirurgico (che richiederebbe un'anestesia generale).
L'uso dell'Ecografia/della TC riduce il rischio della manovra al minimo, perché permette di evitare danni agli organi vicini alla zona d'interesse, mentre il fastidio o dolore che Lei potrebbe provare saranno ridotti al minimo da una anestesia locale e da una analgesia profonda che sarà effettuata dal medico anestesista.
Esistono tuttavia dei rischi connessi alla manovra che dipendono dalle sedi del trattamento. Essi comprendono:

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

Sono evenienze piuttosto rare (la probabilità che si verifichino è inferiore al 5% 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.
Il paziente potrà lamentare dolore ancora qualche ora dopo il trattamento, raramente nelle successive 24-48 ore, sempre controllabile con terapia antalgica.
E' possibile in circa il 30% dei pazienti la comparsa di febbre, dovuta a riassorbimento del tessuto necrotizzato.
Al fine di controllare tali eventuali effetti collaterali il paziente viene solitamente trattenuto in regime di ricovero per un giorno dopo il trattamento.

Il/la sottoscritto/a (nome) ..... (cognome)……..
dichiara di essere stato/a informato/a esaurientemente in merito all'esame radiologico da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare. Confermo di aver ben compresole spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura.

Firma ..... data .....

Firma del medico ..... data .....

Nego lo stato gravidico (Firma) ..... data .....

A USO INTERNO
Il/la paziente è stato/a identificato/a per due volte con diversa modalità.

Firma dell'operatore ..... data …….....

DAI DI DIAGNISTICA 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
it