CONSENSO INFORMATO ALLA TERMOABLAZIONE EPATICA CON RADIOFREQUENZA O MICROONDE CON GUIDA ECOGRAFICA O TC

Io sottoscritto/a …… nato/a ……..…… il …..……

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

DI ESSERE AFFETTO DALLA SEGUENTE PATOLOGIA ……..……..

……

E CHE AI FINI DI UN CORRETTO TRATTAMENTO E' INDICATA L'ESECUZIONE DI UNA TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA O MICROONDE CON GUIDA ECOGRAFICA O TC

La procedura di termoablazione prevede una anestesia locale con lidocaina, segue una piccola incisione con la punta di un bisturi, viene quindi posizionato l'ago all'interno della lesione focale epatica che deve essere trattata. Il paziente viene quindi sottoposto a sedazione profonda, Viene quindi applicata una temperatura elevata solo sulla punta dell'ago che consente di ottenere l'effetto terapeutico della procedura . A 2-4-6 ore di distanza viene eseguito esame emocromocitometrico di controllo e misurazione della Pressione Arteriosa. La mattina seguente, dopo visita medica, il soggetto viene dimesso.

L'INTERVENTO VERRA' ESEGUITO DA UNO DEI SEGUENTI MEDICI: ……
…… IL

MEDICO CUI POTRA' FARE RIFERIMENTO E' IL DOTT.:……

Mi è stato spiegato che **NON ESISTONO** alternative a questa procedura terapeutica per le caratteristiche della mia patologia e che gli eventuali vantaggi potrebbero essere: *ottenere una risposta completa al trattamento senza necessitare di un intervento chirurgico*

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono: *una ridotta probabilità di sopravvivenza come documentato in caso di mancato trattamento nell'ambito di diversi trial clinici internazionali*

I rischi più comuni di questa procedura sono:

1. emorragie, specialmente se il sistema della coagulazione è deficitario
2. perforazione dell' intestino, della pleura.
3. ostruzione delle vie biliari

Sono evenienze piuttosto rare (la probabilità che si verificano è inferiore al 10%) e richiedono generalmente un breve ricovero e, solo raramente, un intervento di tipo chirurgico.

I possibili esiti sono rappresentati da: dolore in sede di trattamento talora irradiato al dorso ed alla spalla destra anche alcune ore dopo la procedura. Talora persiste piccola cicatrice in sede di inserzione dell'ago.

In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di: 24-48 ore; si suggerisce in caso di attività professionale pesante un giorno di astensione dal lavoro o evitare importanti sforzi fisici

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

1. DOMANDA:……

……

RISPOSTA…..……

……

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

2. DOMANDA:……
……
RISPOSTA…..……
……

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.
firma del paziente*……..……
firma del medico…….. Data……..

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

CONSENSO RELATIVO ALLA PROCEDURA ……..

IO……

ACCONSENTO □ / NON ACCONSENTO □ all'effettuazione della TERMOABLAZIONE EPATICA su indicata

Firma del paziente* …… Data……..…..

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre…… Data……..…..

Firma della madre…… 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…….

Nome e cognome del testimone (stampatello)……..……..……

Firma del testimone……..……

documento……..…….Data…….

AD USO INTERNO
Il paziente è stato identificato per 2 volte con diversa modalità

Firma del medico:……..... Data ……..