

Dipartimento di Oncologia Radioterapica e di Diagnostica per immagini

STRUTTURA OPERATIVA DI RADIOLOGIA

Direttore: dr. Luca Balestreri

Segreteria direttore 0434 – 659570

Segreteria appuntamenti Tac – Risonanza Magnetica tel.: 0434-659650 dalle 13:00 alle 15:30

Fax: 0434 – 659505

e-mail: radiologia@cro.it

CONSENSO INFORMATO AL POSIZIONAMENTO DI DRENAGGIO PERCUTANEO

CHE COSA È?

Una procedura terapeutica che prevede il posizionamento di un tubicino (drenaggio) nel contesto di materiale che deve essere eliminato dal corpo. L'inserimento del tubo di drenaggio può essere effettuato sotto guida ecografica (ultrasuoni, privi di rischio biologico) o, in alternativa, sotto guida TC o fluoroscopia (che utilizzano radiazioni ionizzanti).

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE?

L'indagine ha lo scopo di eliminare dal corpo raccolte di materiale infetto (nel caso di ascessi) o liquido (nel caso di ematomi, versamenti pleurici addominali e/o pelvici).

COME SI EFFETTUA?

Viene abitualmente eseguita in anestesia locale, fatta eccezione per procedure particolarmente complesse in cui può rendersi necessaria la sedazione.

La procedura viene eseguita mediante inserimento di un idoneo drenaggio per aspirare il materiale fluido, eseguire lavaggi ed eventualmente somministrare una terapia antibiotica loco-regionale. Il drenaggio può restare in sede per un periodo di tempo variabile (generalmente alcuni giorni), finché non si ottiene la riduzione o la scomparsa della raccolta/versamento.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate sono rare, possono essere :

ematoma locale di parete nella sede cutanea di accesso del drenaggio,
dolore,
febbre, con transitoria presenza di batteri nel sangue (batteriemia).

In alcuni casi, ancora più rari, le complicanze possono essere severe e dipendono dalla sede di posizionamento del drenaggio:

emorragie interne, come ematomi intraepatici, sangue nelle vie biliari (emobilia), sangue nella cavità addominale (emoperitoneo) o nel torace (emotorace). Generalmente sono sanguinamenti di modesta entità e transitori;

perforazione di organi disposti lungo il tragitto di drenaggio;

nel caso di drenaggio pleurico: presenza di aria nel cavo pleurico (pneumotorace), con conseguente collasso di parte/tutto il polmone, che può essere non trattata o, nei casi più gravi, trattata con drenaggio toracico;

shock settico

L'equipe e' in grado di fornire la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al

medico radiologo.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE
DELL'INDAGINE SUDETTA**

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente DRENAGGIO PERCUTANEO.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Data _____

Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____

Firma del paziente _____



CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO ISTITUTO NAZIONALE TUMORI – AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 – 33081 AVIANO-PN – Italia – C.F.-P.I. 00623340932 – Tel.39-0434-659111 – Fax 39-0434-652182

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma del paziente _____