

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 alla TERMOABLAZIONE (MEDIANTE RADIOFREQUENZA, Microonde o altro)

CHE COSA È?

Una procedura terapeutica che utilizza onde elettromagnetiche di radiofrequenza a partenza dalla punta attiva di un ago-elettrodo, introdotto nella lesione sotto guida ecografica o TC. Per termoablazione s'intende la diffusione delle onde elettromagnetiche nel tessuto circostante l'ago che provoca un aumento della temperatura fino a circa 70-90 C° che induce la morte delle cellule bersaglio (necrosi coagulativa).

A COSA SERVE?

Le applicazioni possono essere di vario tipo; in particolare la radiofrequenza è utilizzata per la terapia dei tumori primitivi e secondari (principalmente del fegato, ma anche del polmone, del rene, dell'osso e della prostata) in eventuale associazione con la terapia chirurgica e/o con la chemioterapia. Ha effetto solo sulla lesione trattata e non esclude la possibilità che in futuro vi sia una recidiva locale o che compaiano nuove lesioni.

COME SI EFFETTUA?

La termoablazione di una lesione mediante radiofrequenza viene eseguita in regime di ricovero ordinario e la procedura prevede, in corso di guida mediante esame ecografico o TC, previa anestesia locale, l'incisione con la punta di un bisturi; verrà quindi posizionato l'ago da radiofrequenza all'interno della lesione focale che deve essere trattata. Il trattamento completo viene generalmente effettuato in sedazione profonda o anestesia generale.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate sono piuttosto rare:

Dolore nella sede del trattamento e/o dolore).

Ematomi nella sede della puntura

Emorragie, specie se ci sono patologie della coagulazione

Lesioni viscerali tra le quali le più frequenti, seppur molto rare, sono la perforazione dell'intestino o della pleura (pneumoperitoneo/pneumotorace)

Danno delle vie biliari e della colecisti

Necrosi parziale del diaframma

Crisi vagale (bradicardia, calo pressorio, sudorazione).

Ascensualizzazione

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

In casi del tutto eccezionali sono riportati in letteratura (articoli scientifici) casi di decesso, *in particolare correlati alle condizioni generali gravi del paziente.*

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

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

Dopo la procedura si raccomanda la permanenza a letto che può variare da 12 a 24 ore.

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 TERMOABLAZIONE.

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 _____

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



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

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 _____