

**IRCCS CRO**Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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 È INDICATA L'ESECUZIONE DI UNA **CRIOTERAPIA** SOTTO GUIDA TC

La **crioterapia** viene eseguita in regime di **ricovero ordinario** con il coordinamento del CCSF. La procedura prevede, in corso TC una **anestesia locale** con lidocaina, segue una piccola incisione con la punta di un bisturi, viene quindi posizionato l'ago da crioterapia all'interno della lesione che deve essere trattata. Il paziente viene quindi sottoposto a sedazione profonda. Viene quindi applicata una bassa temperatura 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 VERRÀ ESEGUITO DA UNO DEI SEGUENTI MEDICI:

IL MEDICO CUI POTRÀ FARE RIFERIMENTO È IL DOTT.:

Mi sono state spiegate le 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;
4. complicanze legate all'iniezione di mezzo di contrasto.

Per quanto riguarda le complicanze legate all'iniezione di mezzo di contrasto si precisa come i mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare dei problemi. I medici e il personale paramedico del servizio di Radiologia sono addestrati per curare nel modo migliore queste reazioni nel caso esse si verifichino. I tipi di reazione che si manifestano in casi sporadici sono:

1. reazioni minori come starnuti o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia e la probabilità che esse si verifichino è circa di 1 caso su 100 pazienti (1%);
2. reazioni severe: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è circa di 1 su 6000 pazienti (0.017%). Assai raramente, come succede con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso. La probabilità che ciò avvenga è di circa 1 caso su 100.000 pazienti (0.00001%);
3. vi è anche la possibilità che il mezzo di contrasto provochi un peggioramento di solito transitorio della funzionalità dei reni (circa nel 3% dei pazienti) che si può verificare soprattutto nei pazienti che hanno già problemi renali e soprattutto se sono anche diabetici.

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 procedura talora irradiato al dorso e alla spalla destra anche alcune ore dopo la procedura. Talora persiste piccola cicatrice in sede di biopsia.

In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di:

24-48 ore. Si suggerisce in caso di attività professionale prestante, un giorno di astensione dal lavoro o di evitare importanti sforzi fisici.



IRCCS CRO

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
"Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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

1. DOMANDA:.....
RISPOSTA:
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 **CRIOTERAPIA** su indicata

Firma del paziente* Data

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre

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

A USO INTERNO

Il paziente è stato identificato per 2 volte con diversa modalità.

Firma del medico: