

Aviano,

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 **RADIOFREQUENZA SOTTO GUIDA ECO**

Radiofrequenza (RF): viene eseguita in regime di **ricovero ordinario** con il coordinamento del CCSF. La procedura prevede, in corso ECOGRAFIA EPATICA una **anestesia locale** con lidocaina, segue una piccola incisione con la punta di un bisturi, viene quindi posizionato l'ago da RF 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
DOCT.:.....

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
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 stamuti 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 RF talora irradiato al dorso ed 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 pesante un giorno di astensione dal lavoro o evitare importanti sforzi fisici

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 RADIOFREQUENZA ECO
GUIDATA su indicata**

firma del paziente* data

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre.....Firma della madre

Data.....Data.....

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Nome e Cognome\ dell'interprete

(stampatello.....

Firma dell'interpretedocumento.....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

Firma del paziente data

(segreteria/t/consensi informati/radiofrequenza sotto guida Tc)

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico (D.l. 31/07/90)

Via Franco Gallini, 2 – 33081 Aviano (PN) – Italy

C.F. P.I. 00623340932 / Tel 39-434-659 111 / Fax 39-434-659 182 / Pec protocollo@pec.cro.it