



# CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE DI PROCEDURA RADIO-INTERVENTISTICA

(Attenzione: in mancanza di una corretta compilazione l'esame non potrà essere effettuato)

## Informazioni per il Paziente

Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti, firmato dal Paziente e dal Medico richiedente.

La procedura di radiologia interventistica consiste generalmente in una manovra medico-chirurgica che utilizza aghi, fili guida, cateteri e altri dispositivi che vengono posizionati per via percutanea (attraverso la cute) dopo anestesia, in diversi organi del corpo a seconda del distretto interessato da malattia. Tale manovra è condotta dal radiologo sotto controllo visivo diretto mediante ecografia, fluoroscopia a raggi X o TAC. La manovra può comportare in rari casi (1-3%), la formazione di ematoma locale, specie in soggetti con difficoltà di coagulazione, emorragie interne, stravasi di fluidi endocorporei, occlusioni vasali, evenienze che talora necessitano di intervento chirurgico. In casi assolutamente eccezionali può sussistere rischio per la vita. In alcuni casi l'unica alternativa alla procedura è l'intervento chirurgico.

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Interventi Chirurgici:** NO  SI

Se si quali e quando?: \_\_\_\_\_

Assunzione di farmaci anticoagulanti e antiaggreganti piastrinici: quali? \_\_\_\_\_

Acconsento ad essere sottoposto alla procedura indicata in data \_\_\_\_\_ dopo essere stato informato dal Dr.

\_\_\_\_\_ sui vantaggi ottenibili e sui rischi legati alla manovra e alle possibili reazioni avverse associate, statisticamente molto rare.

**Firma del Paziente**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Elementi clinico-anamnestici (in particolare ev. coagulopatie):** \_\_\_\_\_

**Indicazioni terapeutiche o quesito diagnostico:** \_\_\_\_\_

Tempi di coagulazione: aPTT \_\_\_\_, INR \_\_\_\_, TP \_\_\_\_; Fibrinogeno \_\_\_\_; PTL \_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

Non rilevo la presenza di controindicazioni assolute a sottoporre il suddetto Paziente all'esame di:

- |                          |  |                          |                                  |
|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>AGOBIOPSIA ORGANI PROFONDI</b>        | <input type="checkbox"/> | <b>ALCOOLIZZAZIONE</b>           |
| <input type="checkbox"/> | <b>DRENAGGIO PERCUTANEO _____</b>        | <input type="checkbox"/> | <b>EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NEFROSTOMIA</b>               |
| <input type="checkbox"/> | <b>ANGIOPLASTICA e/o STENT</b>           | <input type="checkbox"/> | <b>INSERIMENTO FILTRO CAVALE</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>ALTRA PROCEDURA (SPECIFICARE)</b>     |                          |                                  |

Luogo e data

Firma e Timbro del Medico Richiedente

Firma del Medico Esecutore