

NOTA INFORMATIVA – CONSENSO INFORMATO

AGOBIOPSIA PERCUTANEA

ta _____ da parte del personale medico del reparto di Radiologia interventistica mi è stata consegnata copia del presente modulo al fine di consentire un'attenta lettura e azione di quanto esposto di seguito:

VALUTAZIONE CLINICO ANAMNESTICA

ra del Medico, atta a classificare il livello di rischio del paziente (Circ. del M.d.S. del 17/09/1997) (se si specificare):

provato rischio allergico	SI	NO
fficienza epatica grave	SI	NO
fficienza cardio-vascolare	SI	NO
fficienza renale grave	SI	NO
patologie di rilievo	SI	NO

na del Medico Responsabile)

ma di procedere alla informazione relativa alla procedura diagnostica/interventistica proposta, Le ediamo di leggere attentamente quanto di seguito riportato:

e procedure di seguito descritte potrebbero prevedere l'impiego di raggi X, che è sconsigliato nel caso di rne in età fertile, in quanto potrebbe provocare danni nel nascituro. Questo comporta che, con la firma del smente modulo lei dichiara di non essere in gravidanza.

e procedure di seguito descritte potrebbero prevedere l'iniezione di un mezzo di contrasto. Questo farmaco ò raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito) moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasma) e sono in genere risolte con mplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, lema polmonare, arresto cardiorespiratorio)

lo scopo di decidere sull'intenzione dell'iter clinico e terapeutico, grazie alle specifiche informazioni che arivano da questa indagine, è indispensabile fornire le seguenti informazioni:

a biopsia o agobiopsia percutanea viene eseguita utilizzando aghi sottili del diametro compreso fra 0,8 e 2, ulimetri che consentono di prelevare campioni di cellule o tessuto sui quali verrà effettuato un esame itologico e/o istologico al fine di individuare la natura della sua malattia.

a biopsia percutanea dà buoni risultati nella maggioranza dei casi, consentendo di pianificare il programma arapeutico più idoneo.

sempre la biopsia percutanea viene eseguita in anestesia locale. Fanno eccezione gli agoaspirati di superficiali come la tiroide o la mammella. Tuttavia anche in questi organi se si eseguono prelievi per istologici è necessaria l'anestesia locale.

ABILITA' DI SUCCESSO E RISCHI. La biopsia percutanea è gravata da rare complicanze, di cui le più comuni sono il dolore in sede di puntura e i piccoli ematomi. Le complicanze più gravi (tra cui l'emorragia) sono molto rare. Eccezionali i casi di mortalità.

Le complicanze specifiche a seconda dell'organo sottoposto ad agobiopsia. Ad esempio: la complicanza più frequente dell' agobiopsia polmonare (quasi sempre eseguita con la guida della TC) è causata dal pneumotorace (raccolta di aria nel cavo pleurico con conseguente parziale collasso del polmone); falde di spessore inferiore a 3 cm devono essere monitorate nel tempo (per almeno 3-4 ore) mentre l'esecuzione di una radiografia del torace, mentre falde di spessore superiore possono essere drenate (se necessario) contestualmente mediante l'impiego di cateteri appositamente predisposti, che vengono inseriti direttamente dal radiologo.

Per la biopsia epatica (solitamente eseguite sotto guida US), si possono verificare complicazioni conseguenti all'avversamento del parenchima epatico e dei vasi situati lungo il tragitto che l'ago deve percorrere per raggiungere la lesione da biopsizzare. Generalmente sono di modesta entità e transitorie (ematomi in sede di puntura), in rari casi possono essere di maggiore gravità (sanguinamenti con ematomi intraepatici, emobilite, emitorace, emitorace, aritmie cardiache, ecc.) e richiedere pertanto un trattamento adeguato, immediato o a distanza di tempo, anche mediante interventi chirurgici.

ALTERNATIVE ALLA AGOBIOPSIA - Non esistono alternative (meno invasive) all' agobiopsia in grado di fornire gli stessi risultati (diagnosi di natura della lesione biopsizzata), rappresentando l' agobiopsia stessa alternativa all'esplorazione chirurgica.

Il sottoscritto/la sottoscritta _____, in piena coscienza e con la piena consapevolezza delle conseguenze, ha letto e compreso quanto esposto nel seguente modulo e di aver ricevuto dal Prof. _____ (in stampatello) ogni ulteriore informazione in merito al tipo di trattamento diagnostico e/o terapeutico; alle modalità di esecuzione dello stesso; ai vantaggi ai fini di una precisa diagnosi; ai rischi ad essa correlati; alle alternative terapeutiche sia farmacologiche che chirurgiche; e, ritenendo esaurientemente ad ogni mio quesito e richiesta di precisazione in merito.

Non soffermandomi quali sarebbero le conseguenze qualora decidessi di NON effettuare tale trattamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta. In data _____

Il/la Sottoscrittore dichiara di:

CONSENTIRE DI ESSERE SOTTOPOSTO AL LA SEGUENTE PROCEDURA DIAGNOSTICA/TERAPEUTICA:
di esame/intervento Firma del paziente _____
AGOBIOPSIA PERCUTANEA