

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5 SPEZZINO
PRESIDIO OSPEDALIERO DEL LEVANTE LIGURE
Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare
Dirigente Responsabile: Prof. Gianni Celoria

SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA

Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico

Io sottoscritto /a _____ nato/a a _____ il _____ dichiaro di essere stato/a informato/a, sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof./Dr _____ che per la patologia riscontratami: **MALATTIA OSTRUTTIVA ARTERIOSA** è indicata la correzione endoluminale a livello di:

- **AORTA** , **ILIACHE** , **FEMORALI** , **POPLITEA** , **TIBIALI** , **BYPASS**
- **ARTERIE VISCERALI: RENALI** , **MESENTERICA SUP** , **TRIPODE CELIACO**
- **TRONCHI SOVRAORTICI: ANONIMA** , **SUCCLAVIE** , **CAROTIDI**

Mi è stato chiaramente spiegato che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà in una **ANGIOPLASTICA PERCUTANEA, semplice o ricoperto**, (ovvero nella dilatazione con palloncino del restringimento del vaso sanguigno, mediante visualizzazione dell'arteria con esame radiologico agiografico) **con o senza STENT** (un dispositivo metallico che mantiene la dilatazione) e che, tuttavia, potrebbe essere necessario o conveniente, durante la procedura, modificare la tattica, fino ad astenersi, in rapporto a nuove valutazioni radiologiche. Di quanto propostomi, mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, ovvero interventi chirurgici o terapia medica), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili. Mi è stato anche chiaramente spiegato che a livello carotideo questa metodica, seppure promettente e già applicata in molti casi, è da ritenersi ancora in sperimentazione clinica.

Sono stato/a informato/a che questo intervento (che verrà eseguito in **anestesia locale** oppure **senza anestesia**) può comportare, oltre alle complicanze generiche connesse ad interventi invasivi ed all'uso di mezzo di contrasto, complicanze quali:

- **In sede di puntura: emorragia, ematoma, pseudoaneurisma acuto e cronico, trombosi arteriosa e venosa, embolie, fistole artero-venose, infezioni, lesioni dei nervi vicini.**
- **In sede di dilatazione o di percorso della sonda: ostruzione acuta per trombosi, flap intimale, dissezione parietale, ematoma intramurale, perforazione, emorragie ed ematomi intra-operatori e/o postoperatori, vasospasmo.**
- **Nel territorio di irrorazione: ischemia acuta** degli arti inferiori o superiori, **dei visceri addominali quali intestino e reni, del cervello** in relazione ad eventuale trombosi precoce nella sede della dilatazione, della puntura o in altra sede, oppure di fenomeni embolici da distacco di materiale trombotico od aterosclerotico o rottura del catetere.

Tutte queste complicazioni, in realtà poco frequenti, talvolta tra loro associate, possono comportare la necessità di un nuovo intervento endoluminale o chirurgico a scopo emostatico, disostruttivo, ricostruttivo, ovvero la necessità di emotrasfusioni, anticoagulazione, fibrinolisi e antibioticoterapia. A volte, seppure molto raramente, la complicanza può condurre anche all'amputazione dell'arto o all'asportazione totale o parziale di visceri (intestino, reni). In caso di trombo-embolia cerebrale, il risultato è spesso una paralisi più o meno grave per estensione e durata nel tempo e in pazienti molto compromessi e/o con gravi insufficienze di organi vitali e/o intolleranza al mezzo di contrasto, vi può essere addirittura pericolo per la vita.

- **incompleto o scarso risultato della dilatazione**, per eccessiva rigidità parietale o ritorno elastico della parete o flap o ematoma intramurale.
- **edema di uno o di entrambi gli arti inferiori**, in relazione al meccanismo stesso di rivascolarizzazione e a possibile trombosi venosa profonda da erronea puntura, ematoma o compressione, fistola artero-venosa. L'edema comporta l'ingrossamento dell'arto e regredisce quasi sempre con la sola contenzione elastica.
- nell'uomo **impotenza erettile** per occlusione di una o entrambe le arterie ipogastriche.
- altre complicanze immediate o tardive, connesse a **difetti o usura del materiale impiegato**.

- **occlusione tardiva** della sede trattata, dovuta a fenomeni di iperplasia miointimale, coagulabilità del sangue, disidratazione, aggravamento della circolazione periferica, e altre cause.
- **complicanze legate al mezzo di contrasto: insufficienza renale, per lo più transitoria e raramente definitiva, aritmie cardiache fino all'arresto, crisi ipotensive o ipertensive, reazioni neurologiche, reazioni allergiche fino allo shock.** Può essere necessario ricorrere a manovre rianimatorie, all'emodialisi, in genere transitoria, e si può giungere a morte.
- Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come tali procedure, benché eseguite con tecnica rigorosa, non possano considerarsi esente da rischi, che possono essere accresciuti dalla presenza di patologie associate da cui sono affetto/a: _____

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento programmato con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando o interrompendo il programma terapeutico prospettatomi. Ciò premesso, **dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce. **Dichiaro**, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti e, quindi, consapevolmente **Accconsento** **Non accconsento** al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe radiologica di riferimento di questa Unità.

Autorizzo **Non autorizzo** inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato.

Autorizzo **Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o sangue eventualmente prelevatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico. Inoltre, **Accconsento** **Non accconsento** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche o dopo vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy.

Il consenso informato all'anestesia rappresenta un consenso a parte la cui presa visione e sottoscrizione da parte del paziente sarà di competenza del medico anestesista.

Data di consegna al/la paziente/...../.....

Firma del Medico

Firma del/la Paziente
