

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>CONSENSO INFORMATO DRENAGGIO PERCUTANEO</p>	<p>AST_RAD_509_Ed02</p> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici</p> <p>Data di Emissione: 19.05.2023</p>
--	---	--

INFORMATIVA

1. CHE COSA È

Il drenaggio percutaneo è una procedura terapeutica che prevede il posizionamento di un sottile tubo (drenaggio) nel contesto di materiale che deve essere eliminato dal corpo. L'inserimento del tubo di drenaggio può essere effettuato sotto guida ecografica (ultrasuoni) o, in alternativa, sotto guida TC o fluoroscopica (raggi X).

2. A COSA SERVE

L'indagine ha lo scopo di eliminare dal corpo raccolte di materiale infetto (nel caso di ascessi) o liquido (nel caso di ematomi, versamenti pleurici, addominali e/o pelvici) con conseguente miglioramento o risoluzione del quadro settico e delle condizioni generali del paziente.

3. COME SI EFFETTUA

La procedura viene eseguita in regime di ricovero, generalmente in anestesia locale, fatta eccezione per procedure particolarmente complesse in cui può rendersi necessaria la sedazione. Con una guida ecografica o TC viene inserito un idoneo drenaggio per aspirare il materiale fluido, eseguire lavaggi ed eventualmente somministrare una terapia antibiotica loco-regionale. Il drenaggio può restare in sede per un periodo di tempo non valutabile preventivamente (generalmente alcuni giorni), finché non si ottiene la riduzione o la scomparsa della raccolta/versamento.

4. COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate di seguito sono rare e possono comprendere:

- Ematoma locale di parete nella sede cutanea di accesso del drenaggio;
- Dolore;
- Febbre, con transitoria presenza di batteri nel sangue (batteriemia).

In alcuni casi, ancora più rari, le complicanze possono essere severe e dipendono dalla sede di posizionamento del drenaggio:

- Emorragie interne, come ematomi intraepatici, sangue nelle vie biliari (emobilia), sangue nella cavità addominale (emoperitoneo) o nel torace (emotorace). Generalmente sono sanguinamenti di modesta entità e transitori;
- Perforazione di organi disposti lungo il tragitto di drenaggio;
- Nel caso di drenaggio pleurico: presenza di aria nel cavo pleurico (pneumotorace), con conseguente collasso di parte/tutto il polmone, che può essere non trattato o, nei casi più gravi, trattato con drenaggio toracico;
- Shock settico.

L'équipe che esegue la procedura è in grado di fornire la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

5. PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione della procedura* è necessario:

- Non interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso ad eccezione di terapie anticoagulanti/antiaggreganti per cui l'eventuale sospensione qualche giorno prima della procedura va concordata caso per caso con i medici dell'UO Radiologia;
- Aver eseguito un prelievo di sangue recente (massimo 3 giorni): emocromo, coagulazione;
- Essere a digiuno da almeno 6 ore;

Prima di eseguire la procedura verrà posizionato un accesso venoso. Al termine della procedura si raccomanda riposo a letto per 3-4 ore.

NOTA: *In regime di urgenza la necessità dell'intervento può associarsi alla scelta, da parte del medico responsabile dell'esame, di eseguire ugualmente la procedura anche in assenza delle condizioni di preparazione sopra indicate

In relazione al tipo di patologia da studiare il medico può ritenere necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto (mdc). Se l'indagine può prevederne l'utilizzo, è necessario leggere l'informativa e firmare l'apposito modulo (AST_RAD_501).

6. RISCHIO PER L'ESPOSIZIONE A RAGGI X

L'esposizione a raggi X comporta un aumento del rischio di sviluppare tumori. Il rischio è generalmente minimo, giustificato dal favorevole rapporto rischio/beneficio. In caso di procedure ripetute deve essere considerato l'effetto cumulativo dell'esposizioni ai raggi X. In caso di procedure interventistiche di lunga durata, potrebbero manifestarsi danni cutanei, alla mucosa intestinale, o al midollo osseo. In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, la procedura è sconsigliata in caso di gravidanza (in caso di necessità si procederà alla valutazione di ogni singolo caso). Per questo motivo, **in caso Lei sia una donna in età fertile**, Le verrà richiesto di attestare di non essere in stato di gravidanza, accertata o presunta o di non poter escludere lo stato di gravidanza prima dell'esecuzione della procedura. Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

CONTATTI UTILI:

- **SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo:** tel. 02/4022.2039/2465; mail: info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it;
- **SC Radiologia Presidio San Paolo:** tel. 02/8184.4652; mail: info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it.

Io sottoscritto (nome e cognome) dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.

Data.....

Firma.....

	CONSENSO INFORMATO DRENAGGIO PERCUTANEO	AST_RAD_509_Ed02
		Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici
		Data di Emissione: 19.05.2023

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <i>Spazio etichetta</i> </div>
Cognome Nome Data di nascita Lingua parlata: Italiano: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro: Peso (kg): INDAGINE RICHIESTA:	

QUESTIONARIO ANAMNESTICO		
Ha già eseguito anestesie locali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì ha avuto reazioni allergiche?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

CONSENSO INFORMATO	
Nome Cognome Paziente:	
Data di nascita: Luogo di nascita:	
Nazionalità <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altro: Lingua parlata, se non italiano:	
<i>e/o</i>	
<input type="checkbox"/> Rappresentante Legale: <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno: <input type="checkbox"/> Tutore/curatore:	
Nome e Cognome:	
Data di nascita: Luogo di nascita: <i>(come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)</i>	
<input type="checkbox"/> Genitori:	
Padre - Nome Cognome: Data di nascita:	
Madre - Nome Cognome: Data di nascita:	
Presenza d'interprete/mediatore culturale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Nome e Cognome:	
Io sottoscritto/a, in qualità di: <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Rappresentante legale <input type="checkbox"/> Genitore/i Consapevole delle necessità di essere sottoposto/sottoporre il paziente all'atto sanitario (procedura terapeutica), <i>(specificare sito anatomico e lato di effettuazione) di:</i>	
Dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dr/Dr.ssa..... in modo comprensibile, esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:	
<input type="checkbox"/> L'atto sanitario sopra indicato, consigliato per la cura e/o migliorare la prognosi, i relativi rischi e vantaggi, le eventuali conseguenze temporanee o permanenti e la modalità di effettuazione;	
<input type="checkbox"/> La possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili.	
Inoltre dichiaro di avere letto e capito le informazioni di seguito esplicitate, relative a:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mia patologia (<i>quale è la patologia che richiede gli accertamenti diagnostici o gli atti terapeutici</i>): ▪ Le mie condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi (<i>patologie, allergie, terapie farmacologiche, gravidanza, ecc.</i>): 	

**CONSENSO INFORMATO
DRENAGGIO PERCUTANEO****AST_RAD_509_Ed02**Approvazione: Direttore
Dipartimento Area dei Servizi
Diagnostici

Data di Emissione: 19.05.2023

- Il trattamento sanitario propostomi e le sue indicazioni, la modalità di effettuazione, il tipo di anestesia e la necessità di eventuali ulteriori trattamenti (*per complessità dell'intervento, per possibili recidive*);
- I benefici conseguibili e la loro probabilità di raggiungimento;
- I rischi e le complicanze prevedibili, comprese quelle infettive e loro probabilità di verificarsi;
- Le alternative possibili, a sostanziale parità di efficacia, i loro rischi e le ragioni che motivano l'atto sanitario proposto;
- Le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato;
- Le prevedibili conseguenze del rifiuto del trattamento proposto.

Preso atto della situazione illustrata: Confermo di aver compreso le informazioni ricevute Chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a:

Io sottoscritto/a dichiaro di avere avuto risposte esaurienti ai quesiti e chiarimenti avanzati spontaneamente e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito

Pertanto **accetto** **rifiuto**, con scelta attuale e spontanea, l'atto sanitario propostomi

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE (**) il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta.

Firma dell'interessato: Data:

(Nel caso di minore, firme dei genitori):

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Eventuale Interprete/Mediatore Culturale/Testimone:

Nome e Cognome: Firma:

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

NOTA: ** In caso di revoca successiva del consenso

Data:

Firma dell'interessato (Nel caso di minore, firme dei genitori):

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Osservazioni: