

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA FLEBOGRAFIA GONADICA E SCLEROEMBOLIZZAZIONE VARICOCELE	AST_QRC_523_Ed02
		Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici
		Data di Emissione: 19.05.2023

INFORMATIVA

1. CHE COSA È

La flebografia gonadica/scleroembolizzazione del varicocele è un esame di radiologia interventistica finalizzata allo studio dell'apparato vascolare al fine di individuare e confermare la presenza di varicocele e di permettere il suo trattamento con materiale scleroembolizzante dedicato al fine di ridurre le problematiche correlate a tale patologia (dolore, problemi di infertilità).

2. ALTERNATIVA TERAPEUTICA

L'alternativa terapeutica alla procedura è il trattamento di chirurgia tradizionale.

3. COME SI EFFETTUA

La flebografia gonadica è eseguibile in regime di Day-Hospital o di ricovero ordinario. Normalmente si inserisce il catetere nella vena femorale (situata all'inguine) o, più raramente, nella vena giugulare o vena succlavia. Questi cateteri vengono veicolati sotto guida fluoroscopica (raggi X) nel distretto vascolare sino alla sede della patologia da studiare ed eventualmente da trattare. L'esame prevede l'iniezione del mezzo di contrasto che consente l'opacizzazione dei distretti vascolari, permettendo di visualizzare le strutture anatomiche (organi e vasi). Dopo cateterismo selettivo della vena gonadica e confermata la patologia, si iniettano nei vasi, allo scopo di occluderli, particolari farmaci e/o materiali (farmaci sclerosanti/spirali metalliche) per ottenere l'effetto terapeutico. Al termine della procedura si chiude la sede di puntura con compressione manuale; a completamento si effettua bendaggio compressivo per almeno 6 ore. Dopo l'esame viene raccomandata dal medico la permanenza a letto per 12 ore. In ogni caso, allo scopo di evitare la comparsa di ematomi e stravasi di sangue, è molto importante che il paziente segua scrupolosamente tutte le indicazioni del medico.

4. COSA PUÒ SUCCEDERE - LE EVENTUALI COMPLICANZE

La flebografia gonadica/scleroembolizzazione di varicocele è una metodica di radiologia interventistica in genere ben tollerata e a basso rischio di complicanze. In letteratura sono riportate complicanze legate alla procedura (poco frequenti):

- Ematomi (raccolte circoscritte di sangue), evento spesso correlato alla puntura dell'arteria/vena;
- Fistole artero-venose (ponti di collegamento fra arterie e vene) ;
- Reazioni vagali (nausea, abbassamento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa) dovute a riflessi scatenati dalla puntura;
- Rottura della vena;
- Embolia polmonare (rara);
- Danno gonadico (rarissimo);
- Complicanze legate all'utilizzo del mezzo di contrasto (vedi informativa e consenso specifici, AST_RAD_501).

5. PREPARAZIONE NECESSARIA E 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 che comprenda emocromo, coagulazione e creatininemia (massimo 10 giorni per pazienti ambulatoriali non in terapia anticoagulante);
- Portare tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti
- Avere eseguito un elettrocardiogramma (ECG);
- Portare con sé il giorno della procedura tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti;
- Osservare il digiuno da almeno 6 ore.

Prima della procedura verrà posizionato un accesso venoso e, se necessario, verrà effettuata (in reparto o in DH) la depilazione in sede di accesso. Dopo la procedura si raccomanda riposo a letto per 12-24 ore.

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. 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.....

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA FLEBOGRAFIA GONADICA E SCLEROEMBOLIZZAZIONE VARICOCELE	AST_QRC_523_Ed02
		Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici
		Data di Emissione: 19.05.2023

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE Cognome Nome Data di nascita Lingua parlata: Italiano: SÌ ☐ NO ☐ Altro: Peso (kg): INDAGINE RICHIESTA:	Spazio etichetta
---	--

QUESTIONARIO ANAMNESTICO			
Ha già eseguito anestesi locali?	☐ SÌ	☐ NO	
Se sì ha avuto reazioni allergiche?	☐ SÌ	☐ NO	
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	☐ SÌ	☐ NO	

CONSENSO INFORMATO	
Nome Cognome Paziente: Data di nascita: Luogo di nascita: Nazionalità ☐ Italiana ☐ Altro: Lingua parlata, se non italiano: e/o ☐ Rappresentante Legale: ☐ Amministratore di Sostegno: ☐ Tutore/curatore: Nome e Cognome: Data di nascita: Luogo di nascita: <i>(come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)</i> ☐ Genitori: Padre - Nome Cognome: Data di nascita: Madre - Nome Cognome: Data di nascita: Presenza d'interprete/mediatore culturale: ☐ NO ☐ SÌ Nome Cognome: Io sottoscritto/a, in qualità di: ☐ Paziente ☐ Rappresentante legale ☐ Genitore/i Consapevole delle necessità di essere sottoposto/sottoporre il paziente all'atto sanitario (procedura diagnostica/terapeutica), (specificare sito anatomico e lato di effettuazione) di: 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:  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;  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: - La mia patologia (quale è la patologia che richiede gli accertamenti diagnostici o gli atti terapeutici): - Le mie condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi (patologie, allergie, terapie farmacologiche, gravidanza, ecc.): 	

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA FLEBOGRAFIA GONADICA E SCLEROEMBOLIZZAZIONE VARICOCELE	AST_QRC_523_Ed02
		Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici
		Data di Emissione: 19.05.2023

- Il trattamento sanitario propositomi 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 propositomi

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: