

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
PER POSIZIONAMENTO - RIMOZIONE DI CATETERE
VENOSO/ARTERIOSO TOTALMENTE IMPIANTABILE
(PORT)****INFORMATIVA****1. CHE COSA È**

Il *port* è un sistema vascolare centrale totalmente impiantabile. È composto da un catetere (CVC) che è un sottile tubicino flessibile in silicone o poliuretano, la cui estremità prossimale è per un tratto tunnellizzata sottocute e al termine collegato ad un piccolo serbatoio (chiamato *port*) in materiale vario (titanio, teflon, polisulfone, ecc.) che viene impiantato in una tasca sottocutanea per lo più a livello toracico. La procedura viene eseguita sotto guida fluoroscopica (raggi X).

2. A CHE COSA SERVE

Il dispositivo consente di disporre costantemente di un accesso venoso ed offre la possibilità di effettuare frequenti e ripetute infusioni di farmaci oltre alla possibilità di eseguire il prelievo di sangue. Le vene delle braccia non sono adatte a questo tipo di trattamenti perché spesso si infiammano provocando flebiti. Il posizionamento a permanenza di un catetere venoso centrale (CVC) in una grossa vena, permette di somministrare i farmaci senza causare tali problemi. Analogamente i *port* arteriosi sono cateteri vascolari con accesso generalmente in arteria succlavia o femorale, che permettono l'esecuzione di procedure terapeutiche infusionali loco-regionali.

3. COME SI EFFETTUA L'IMPIANTO

La procedura viene eseguita in regime di *Day Hospital* o di ricovero ordinario. Il posizionamento di *port* venosi/arteriosi prevede la puntura, sotto guida ecografica in anestesia locale, del vaso d'accesso prescelto, che consente l'introduzione del catetere nel letto vascolare. Tale procedura viene eseguita sotto controllo fluoroscopico con raggi X, mediante l'utilizzo di mezzo di contrasto iodato. Il serbatoio (*port* o *reservoir*) viene posizionato in una tasca chirurgica sottocutanea, generalmente nella regione pettorale destra o inguinale, che infine viene collegato al catetere. La procedura di rimozione viene effettuata in anestesia locale, con incisione della cute dove è posizionato il serbatoio (*port* o *reservoir*), estrazione del catetere, compressione temporanea manuale della vena e sutura cutanea.

4. COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Questa procedura è associata ad un'incidenza, seppur bassa, di complicanze. Complicanze precoci (peri-procedurali) possono essere:

- Pneumotorace;
- Errato posizionamento o compressione *ab estrinseco* del catetere;
- Aritmie cardiache e scompensi cardiocircolatori per reazione vagale con caduta della pressione arteriosa e/o della frequenza;
- Ematoma della sede di puntura/fistola artero-venosa;
- Lesioni nervose.

Complicanze tardive possono essere:

- Infezione della tasca sottocutanea;
- Dolore o fastidio in corrispondenza della zona dove è stato posizionato il *port*;
- Rottura, dislocazione o sostituzione del catetere;
- Fenomeni trombo-embolici venosi e in corrispondenza dell'estremità del catetere;
- Difficoltà nei prelievi eseguiti attraverso il *port*;
- 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);
- Posizionare un accesso venoso;
- Portare con sé il giorno della procedura tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti;
- Osservare il digiuno da almeno 6 ore.

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
PER POSIZIONAMENTO - RIMOZIONE DI CATETERE
VENOSO/ARTERIOSO TOTALMENTE IMPIANTABILE
(PORT)****AST_RAD_516_Ed02**Approvazione: Direttore
Dipartimento Area dei Servizi
Diagnostici

Data di Emissione: 19.05.2023

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.....

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
PER POSIZIONAMENTO - RIMOZIONE DI CATETERE
VENOSO/ARTERIOSO TOTALMENTE IMPIANTABILE
(PORT)**

AST_RAD_516_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 ANAMNESTICOHa già eseguito anestesie locali? SÌ NOSe sì ha avuto reazioni allergiche? SÌ NOHa 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 italiana:**

e/o

 Rappresentante Legale: Amministratore di Sostegno: Tutore/curatore:

Nome e Cognome:

Data di nascita: Luogo di nascita:

(come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato) 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 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.*):

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
PER POSIZIONAMENTO - RIMOZIONE DI CATETERE
VENOSO/ARTERIOSO TOTALMENTE IMPIANTABILE
(PORT)****AST_RAD_516_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: