

ALLEGATO 34: Informativa e modulo di consenso informato alla revisione/rimozione del catetere venoso centrale a lungo termine

**INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA
REVISIONE/RIMOZIONE DEL CATETERE VENOSO CENTRALE A LUNGO TERMINE**

Persona assistita

Nato/a a il

Rappresentante Legale

Genitori: Padre

Madre

Medico richiedente

Medico che esegue la procedura

INFORMAZIONI sulla PROCEDURA

In caso di rottura del tratto tunnellizzato del catetere, deconnessione del catetere dal Port, necessità di revisione della tasca sottocutanea che alloggia il Port, dislocazione/malposizionamento del catetere o della camera, cessato utilizzo del catetere, complicanze per cui il catetere non possa più essere utilizzato (ostruzione, infezione del tratto sottocutaneo, sepsi catetere correlata) si rende necessaria la revisione o rimozione del catetere venoso a lungo termine precedentemente impiantato.

La procedura si effettua in sala operatoria/sala dedicata in quanto viene eseguita con tecnica sterile previo monitoraggio dei parametri vitali. Le verrà somministrata una piccola dose di anestetico locale tramite iniezione intradermica nella zona in cui viene praticata l'incisione chirurgica, generalmente in sede di pregressa ferita chirurgica a livello della tasca dove alloggia il Port e al di sopra della cuffia di ancoraggio sottocutaneo quando si tratta di catetere tunnellizzato. Verranno applicati punti di sutura a livello della ferita chirurgica che saranno successivamente rimossi a distanza di 8-10 gg.

La procedura viene effettuata in circa 45 minuti.

Tra gli effetti collaterali della procedura: dolore in sede di ferita chirurgica nei 2-3 giorni seguenti, ematoma, sindrome vaso vagale, reazioni allergiche.

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE ED ESPRESSIONE DI VOLONTA'
in merito a manovre invasive – RIMOZIONE ACCESSO VASCOLARE**

A) DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Io sottoscritto/a dichiaro di:

AVER RICEVUTO in data dal/dalla Dr./ssa
in modo chiaro ed esaustivo le informazioni inerenti la necessità della revisione/rimozione del Catetere Venoso
precedentemente impiantatomi, in particolare su benefici, eventuali rischi, effetti collaterali, complicanze

AVER LETTO ATTENTAMENTE questo documento e AVERNE COMPRESO tutto il contenuto

Data Firma Paziente

Firma Rappresentante Legale

Firma Genitori (o Affidatari): Padre

Madre

B) CONSENSO ALLA PROCEDURA

Io sottoscritto/a.....

AUTORIZZO il professionista sanitario ad effettuare la revisione/rimozione del catetere venoso centrale
oppure

NON AUTORIZZO il professionista sanitario ad effettuare la revisione/rimozione del catetere venoso centrale

Data Firma Paziente

Firma Rappresentante Legale

Firma Genitori (o Affidatari): Padre

Madre

Firma e timbro del Medico:

C) REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a.....

REVOCO IL CONSENSO a continuare l'espletamento della procedura attualmente in atto, pur avendo compreso
contenuti e finalità della stessa, e, sono consapevole delle conseguenze che tale decisione avrà nell'iter
diagnostico/terapeutico.

Data Firma Paziente

Firma Rappresentante Legale

Firma Genitori (o Affidatari): Padre

Madre

Firma e timbro del Medico: