

S.C. RADIOLOGIA

DIRETTORE Dr. Valter VERNA

Ospedale Michele e Pietro Ferrero - Verduno

Tel 0172/1408604

E.mail: radiologia@aslcn2.it

## NOTA INFORMATIVA – CONSENSO INFORMATO ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA

**In data .....** da parte del personale del Reparto di .....  
sono stato informato e mi è stata consegnata copia del presente modulo al fine di consentire un'attenta lettura e valutazione di quanto esposto di seguito.

### VALUTAZIONE CLINICO ANAMNESTICA

A cura del Medico responsabile del Reparto di provenienza, atto a classificare il livello di rischio del paziente (Circ. del M.d.S. del 17/9/97):

- Comprovato rischio allergico	SI	NO (se si, specificare .....
- Insufficienza epatica grave	SI	NO
- Insufficienza cardio-vascolare grave	SI	NO
- Insufficienza renale grave	SI	NO
- Altre patologie di rilievo	SI	NO

.....  
.....  
.....

Firma del Medico Responsabile.....

**Prima di procedere alla informazione relativa alla procedura diagnostica/interventistica proposta, Le chiediamo di leggere attentamente quanto di seguito riportato:**

- Le procedure di seguito descritte comportano l'impiego di Raggi X, che è sconsigliato nel caso di **donne in età fertile**, in quanto potrebbe provocare danni nel nascituro. Questo comporta che, con la firma del presente modulo lei **dichiara di non essere in gravidanza**.
- Le procedure di seguito descritte possono prevedere l'iniezione di un "**mezzo di contrasto**". Questo farmaco può raramente provocare **reazioni avverse** che vengono classificate come **lievi** (nausea, vomito, prurito) o **moderate** (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e in genere sono risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni **severe** (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio).

### ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA

Con questo termine si intende un esame diagnostico realizzato mediante l'inserimento di appositi sondini (cateteri) in una arteria necessario per raggiungere il distretto vascolare interessato. Normalmente, si inserisce il catetere nell'arteria femorale (situata all'inguine) o, più raramente, nell'arteria radiale (al polso), nell'arteria brachiale (alla piega del gomito) o nell'arteria ascellare o, in casi particolari, possono essere utilizzati altri accessi vascolari. Questi sondini vengono poi fatti avanzare fino a raggiungere le strutture da studiare. L'iniezione del mezzo di contrasto consente di determinare l'opacizzazione dei distretti vascolari, permettendo di distinguere con maggiore chiarezza le strutture anatomiche normali (organi e vasi) da quelle malate, grazie all'impiego di raggi X.

**POTENZIALI RISCHI DELL'ESAME DIAGNOSTICO** - A parte gli ematomi (raccolte circoscritte di sangue) che rappresentano un evento spesso correlato alla puntura dell'arteria, l'angiografia presenta il rischio di alcune complicanze:

- **Rare:** pseudoaneurismi (dilatazione della arteria); 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.
- **Eccezionali:** occlusione (chiusura) acuta del vaso (per trombosi o embolia); complicanze cardiache (scompenso cardiaco, infarto del miocardio e morte); complicanze gravi neurologiche (in genere a seguito di embolie, soprattutto nel caso di indagini sulle arterie che irrorano il cervello).

**RECUPERO DOPO ESAME DIAGNOSTICO** - Dopo l'esame può essere raccomandata dal Medico la permanenza a letto anche per 12/24 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 dei Medici.

**BENEFICI E ALTERNATIVE DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE** - L'angiografia permette di documentare con chiarezza l'anatomia vascolare e, pertanto, di evidenziare con grande precisione una eventuale patologia. Tali informazioni permettono di pianificare in modo preciso la terapia a Lei più adatta: chirurgica o interventistica mediante angioplastica. In alcuni casi, in alternativa alla presente procedura diagnostica, si può effettuare la TAC spirale o la Risonanza Magnetica: entrambe prevedono, comunque, un' iniezione di mezzo di contrasto per opacizzare le strutture vascolari di interesse.

.....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

1) in qualità di esercente la podestà sul minore \_\_\_\_\_

2) in qualità di tutore del paziente \_\_\_\_\_

**Informato/a** dal Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di trattamento da eseguire
- di tutte le informazioni necessarie relative alla procedura in oggetto (modalità di esecuzione, vantaggi, rischi ad essa correlati, alternative diagnostiche o terapeutiche)
- degli svantaggi che avrei qualora decidessi di non sottopormi alla procedura.

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- dalla possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere i benefici ricercati;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti).

Valutate le informazioni ricevute, i chiarimenti che mi sono stati forniti, le risposte ai miei quesiti e richieste di precisazione, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

ACCETTO l'atto sanitario proposto

RIFIUTO l'atto sanitario proposto

Tipo di esame/intervento	Firma del paziente
<b>ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA</b>	.....

Data..... Firma del Medico operatore: .....

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE A RIGUARDO?**

Io, sottoscritto \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dichiaro di **REVOCARE** il consenso all'atto sanitario proposto.

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_