



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 SCLEROEMBOLIZZAZIONE VARICOCELE

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).

FLEBOGRAFIA SPERMATICA + SCLEROEMBOLIZZAZIONE VARICOCELE

Con questo termine si intende un esame diagnostico realizzato mediante l'inserimento di appositi sondini (cateteri) in una vena necessario per raggiungere il distretto vascolare interessato. Normalmente, si inserisce il catetere nella vena femorale (situata all'inguine) o, più raramente, nella vena giugulare. 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 della vena, la flebografia presenta il rischio di alcune complicanze: 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, danno testicolare.

RECUPERO DOPO ESAME DIAGNOSTICO - Dopo l'esame può essere raccomandata dal Medico la permanenza a letto anche per 6/8 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. I pazienti

generalmente vengono dimessi in giornata e possono ricominciare una leggera attività il giorno dopo; mentre l'attività normale dopo pochi giorni è a seconda dei casi.

BENEFICI E ALTERNATIVE DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE – La flebografia 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.

PROBABILITÀ DI SUCCESSO E RISCHI Studi scientifici hanno dimostrato un netto miglioramento della funzionalità e del numero degli spermatozoi così come del dolore senza differenze statisticamente significative tra scleroembolizzazione e chirurgia. Le principali differenze sono il periodo di ricovero e la percentuale di recidiva (5-10%) minori con il trattamento radiologico.

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
FLEBOGRAFIA SPERMATICA + SCLEROEMBOLIZZAZIONE VARICOCELE

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