

Dipartimento di Oncologia Radioterapica e di Diagnostica per immagini

STRUTTURA OPERATIVA DI RADIOLOGIA

Direttore: dr. Luca Balestreri

Segreteria direttore 0434 – 659570

Segreteria appuntamenti Tac – Risonanza Magnetica tel.: 0434-659650 dalle 13:00 alle 15:30

Fax: 0434 – 659505

e-mail: radiologia@cro.it

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI UNA BIOPSIA
POLMONARE/PLEURICA/MEDIASTINICA**

CHE COSA È?

Consiste nella puntura attraverso la parete toracica eseguita su guida TC o ecografica, nel caso di lesioni parietali.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE?

Serve a prelevare un piccolo frammento di polmone, pleura e/o tessuto mediastinico di sospetta natura patologica per una diagnosi cito/istologica.

COME SI EFFETTUA?

Sulla base delle indagini preliminari viene scelta la via di accesso più idonea, quindi, previa anestesia locale viene introdotto un ago nel polmone, questo verrà orientato e diretto nel punto desiderato. Sempre sotto guida TC/eco si controlla il percorso e quando la sua punta avrà raggiunto la giusta posizione verrà prelevato un piccolo frammento di tessuto di polmone/pleura/mediastino.

Se la quantità di tessuto prelevata sarà sufficiente, l'indagine sarà terminata; altrimenti potrà essere necessario ripetere la procedura per prelevare un altro frammento. Alla fine l'ago sarà tolto ed il frammento prelevato sarà preparato per essere studiato al microscopio dall'anatomo-patologo.

Su indicazione del medico che effettuerà la procedura, durante l'esame è indispensabile mantenere l'immobilità e, quando richiesto, trattenere il respiro per alcuni secondi. La collaborazione è essenziale per il risultato dell'esame.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate possono essere relativamente rare e sono:

stravasi di sangue nella sede della puntura (ematomi).

pneumotorace: penetrazione di un po' d'aria nello spazio pleurico.

Questa complicanza rimane per lo più senza conseguenze e non provoca particolari disturbi, ma richiede la permanenza in ospedale con sorveglianza sino a quando l'aria non venga completamente riassorbita (alcuni giorni). Nel caso in cui l'aria penetrata nella pleura sia abbondante, potrà rendersi necessario aspirarla, inserendo un tubo di drenaggio.

Crisi vagale (bradicardia, calo pressorio, sudorazione).

L'equipe è in grado di fornire la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

RACCOMANDAZIONI

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Dopo la procedura si raccomanda di rimanere a letto almeno per 3-4 ore.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

SUDDETTA

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente BIOPSIA POLMONARE/PLEURICA/MEDIASTINICA.

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;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____ Firma del paziente _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.



CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO
ISTITUTO NAZIONALE TUMORI – AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 – 33081 AVIANO-PN – Italia – C.F.-P.I. 00623340932 – Tel.39-0434-659111 – Fax 39-0434-652182

Data _____

Firma del paziente _____

[segreteria/r/consenso informato 2016/BIOPSIA POLMONARE PLEURICA MEDIASTINICA]