

Regione del Veneto

Azienda ULSS n. 1 Dolomiti

PEC: protocollo.aulss1@pecveneto.it

Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO

Centralino Belluno: 0437 516111 Centralino Feltre: 0439 8831

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

OSPEDALE S. MARTINO DI BELLUNO

U.O.C. CARDIOLOGIA

Direttore: Dr. E. Franceschini Grisolia

Viale Europa n. 22 – 32100 – BELLUNO

REGIONE DEL VENETO



ULSS 1
DOLOMITI

CONSENSO INFORMATO PER EMODINAMICA E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Lo scopo del presente modulo è quello di informarla sul rischio-beneficio relativo alla procedura di pericardiocentesi, a cui è stata posta indicazione dopo valutazione clinica e strumentale (ecocardiogramma, Rx torace). E' importante leggere con attenzione il presente modulo ed esporre qualsiasi domanda relativa alla procedura.

Pericardiocentesi

Che cosa è e come si esegue

Per pericardiocentesi si intende l'aspirazione di liquido (essudato, trasudato o sangue) dal pericardio (sacco fibroso che contiene il cuore ed i grossi vasi) quando questo liquido raggiunge una quantità tale da comprimere le cavità cardiache compromettendo il riempimento del cuore e conseguentemente la portata cardiaca (tamponamento cardiaco). Si effettua inserendo un ago nell'angolo costo-sternale o per via apicale, in anestesia locale, e successivamente posizionando un catetere di drenaggio il tutto sotto controllo ecocardiografico e/o radioscopico.

Alternative

Drenaggio chirurgico del liquido pericardio, che però è più invasivo e può richiedere un'anestesia generale. In genere il drenaggio chirurgico è preferibile se il versamento pericardio è localizzato posteriormente al cuore ed è difficilmente raggiungibile per via percutanea. *Nel caso di emergenza (sanguinamento attivo in pericardio o versamento acuto tamponante) viene eseguito sempre un tentativo di pericardiocentesi.*

Rischi

E' possibile la puntura accidentale di una camera cardiaca, o la lacerazione di una camera cardiaca. In questi casi può essere necessario un intervento cardiocirurgico d'emergenza. In base alla causa, talvolta il versamento si può riformare (ad esempio, nel caso di tumori). Rarissime sono le infezioni.

Conclusioni

La sua firma sottoscritta indica che ha letto le informazioni sopra riportate, che ha ricevuto esaurienti risposte a tutte le domande effettuate, e che ha compreso il tipo ed il significato della procedura di pericardiocentesi ed i relativi rischi e benefici. Le alternative terapeutiche a questo trattamento sono rappresentate dall'intervento chirurgico. Tale opzione è stata discussa con lei ed è stato determinato che la pericardiocentesi al momento attuale è l'opzione più appropriata.

La sua privacy è importante. Tutte le informazioni raccolte in questa procedura saranno considerate confidenziali. Se pubblicheremo i risultati della sua procedura in riviste mediche, non useremo informazioni che potrebbero svelare la sua identità.

La sottoscrizione del presente modulo implicherà, ai sensi e per gli effetti della legge n. 675/96

relativa alla “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali”, la dichiarazione che lei é stato dettagliatamente ed esaurientemente informato ai sensi degli Artt. 10 e 13 della legge citata in merito ai suoi diritti, prestando conseguentemente il suo consenso incondizionato al trattamento, comunicazione e diffusione dei suoi dati personali, comprensivi dei dati contenuti nella sua cartella e concernenti la patologia di cui é affetto per fini di catalogazione, elaborazione, conservazione e registrazione presso gli archivi della nostra struttura per finalità gestionali, statistiche oltre che per scopi di ricerca scientifica e riconoscendo che tale attività é indispensabile per il monitoraggio, lo sviluppo e l’aggiornamento necessari per la miglior tutela della sua salute. Tali dati potranno essere inoltre condivisi in forma anonima con Società Scientifiche che ne facessero richiesta.

**Io sottoscritto
accetto di sottopormi a pericardiocentesi. Dichiaro di aver letto il foglio informativo composto di 2 pagine e di aver discusso con i sanitari i rischi e i benefici di tale procedura.**

Data,

Firma del Paziente

Firma di un Familiare

(nel caso il paziente fosse impossibilitato)

Firma del Medico Proponente
