



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

VERIFICA: LM, CZ  
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC - DMP: AP

## CONSENSO INFORMATO AD ANGIOGRAFIA CEREBRALE - ANGIOGRAFIA MIDOLLARE

### Dati del paziente:

Cognome e Nome ..... sesso  M  F

nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a .....Recapito telefonico .....

Residente a ..... in via ..... n. ....

Questa informazione al consenso viene presentata a:

Paziente

Genitori (per i minori indicare i dati dei due genitori)

*Primo genitore:* Cognome e Nome ..... nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Secondo genitore:* Cognome e Nome ..... nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tutore  Amministratore di sostegno

Cognome e Nome ..... nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

dal Dott./Dott.ssa: Cognome:..... Nome: .....

UOC ..... Telefono .....

### 1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone l'esecuzione di angiografia cerebrale-angiografia midollare:

Nel suo caso l'Angiografia digitale è una procedura indicata a motivo di

.....

Ho compreso le condizioni cliniche per cui mi si propone l'angiografia cerebrale-angiografia midollare?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### 2. Informazioni e rischi riguardo a angiografia cerebrale-angiografia midollare:

L'esame angiografico è considerato il più efficace per la diagnosi di aneurismi, delle malformazioni artero-venose, delle fistole e di tutto ciò che rientra nella patologia steno-occlusiva vascolare.

In particolare è l'unico esame in grado di valutare il flusso di circolazione del sangue nel distretto esaminato (emodinamica).

Prima di sottoporre il paziente all'esame angiografico viene eseguito uno screening ematologico completo con test della coagulazione per la valutazione di eventuali rischi protrombotici e proemorragici e la visita anestesiológica.

Le tre possibili modalità di esecuzione sono:

- Cateterismo per via femorale con puntura dell'arteria all'inguine e posizionamento del catetere



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

VERIFICA: LM, CZ  
APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC - DMP: AP

nell'arco aortico o nelle arterie che da esso originano

- Cateterismo per via brachiale con puntura dell'arteria al gomito e posizionamento del catetere nell'arco aortico o nelle arterie che da esso originano
- Puntura diretta della carotide al collo

Al momento dell'esame viene approntato un campo sterile con accurata disinfezione della sede di accesso vascolare, si procede all'anestesia locale in sede di puntura e al monitoraggio continuo dei parametri vitali (pressione arteriosa, ECG, saturazione ossigeno). Si utilizza un sottile catetere da 1,2 – 1,6 mm attraverso il quale si inietta mezzo di contrasto di ultima generazione manualmente o con pompa automatica.

Al termine della procedura si comprime manualmente l'arteria utilizzata per il cateterismo, onde evitare sanguinamenti.

Successivamente il paziente, adagiato su un lettino, è sottoposto a osservazione per almeno 6 ore.

Le complicanze gravi sono rare. Costituiscono fattori aggravanti l'età, l'ipertensione, l'arteriopatia coronarica e/o periferica, le flebiti e l'emorragia cerebrale.

Le complicanze locali, in sede di puntura del vaso, sono rappresentate dall'ematoma (0,2%), dalla dilatazione anomala dell'arteria o dalla fistola arterovenosa (0,1%).

Altre complicanze includono danni alla parete della carotide, della vertebrale o intercostale (0.1%), deficit neurologici transitori o permanenti quali disturbi visivi, paresi di uno o più arti (0.1%), morte (0% nella nostra casistica).

Le complicanze dovute alla somministrazione di mezzo di contrasto sono di grado variabile, dalla reazione allergica (0,05% in questa Unità Operativa) (letteratura 0,07%) alla morte per shock anafilattico (0% in questa Unità Operativa) (letteratura 0,04%).

In un numero minimo di casi (meno del 5%), questo tipo di procedura può comportare dosi di radiazioni di poco superiori alla norma che possono dare origine a lievi reazioni cutanee, come per esempio l'eritema, simili a quelli da esposizione solare. In questo caso si consiglierà al paziente di seguire opportune indicazioni ed attenzioni di tipo dermatologico.

Ho compreso le informazioni e i rischi riguardo a angiografia cerebrale-angiografia midollare?

 Sì

 Ho chiesto ulteriori chiarimenti

Consegna di materiale informativo: .....

Codice documento:.....

### 3. Benefici attesi:

Fornisce indicazioni per la diagnosi differenziale di altre patologie e per l'eventuale trattamento endovascolare o chirurgico della patologia evidenziata.

Ho compreso i benefici attesi?

 Sì

 Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### 4. Possibili alternative relative a quanto proposto:

Solitamente l'esame viene eseguito dopo che gli accertamenti non invasivi non sono stati in grado di risolvere



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

VERIFICA: LM,CZ

APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC - DMP: AP

il quesito clinico e il sospetto diagnostico e pertanto non esistono alternative.

Ho compreso le eventuali possibili alternative relative a quanto proposto?

 Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

5. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito quanto proposto:

In caso di mancata esecuzione dell'Angiografia digitale non sarà possibile arrivare a formulare una diagnosi vascolare accurata.

Ho compreso le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione?

 Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

VERIFICA: LM,CZ

APPROVAZIONE: QUALITÀ: SC - DMP: AP

### **DICHIARAZIONE DEL MEDICO**

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver informato .....  
di aver dato tutte le informazioni trattate all'interno del presente modulo di consenso, in modo chiaro, con  
linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto  
della sua libera decisione di seguito espressa.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma e matricola del medico.....

### **ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie  
condizioni cliniche e il trattamento/esame proposto, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.  
Valutate le informazioni ricevute:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

a: ANGIOGRAFIA CEREBRALE-ANGIOGRAFIA MIDOLLARE

Sono stato informato/a del fatto che in ogni caso potrò revocare il consenso che qui sto esprimendo.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno

.....  
.....

Per minori maturi: è stato informato il minore maturo  Firma del minore.....

Firma dell'eventuale mediatore culturale .....

Testimone (se presente): Nome.....Cognome.....

Rapporto con il paziente.....

Firma.....

### **REVOCA DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a ....., dopo essere stato informato sulle  
motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze nel  
caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso qui precedentemente espresso.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno

.....  
.....

