

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<h2>INFORMATIVA ALLA BIOPSIA EPATICA PERCUTANEA</h2>	<p>GA_BIO_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 1/4</p>
---	--	---

Cognome _____ Nome _____ Nato/a il _____

N.B. Il presente modulo informativo deve essere firmato per presa visione e riconsegnato al sanitario che propone/segue la procedura di seguito descritta. Questo modulo ha lo scopo di informare il paziente sulla procedura che si appresta ad affrontare e pertanto si prega di leggere attentamente quanto sotto riportato, affinché ogni dubbio o domanda possano essere chiariti nel colloquio diretto con il sanitario. Occorre portare con sé tutti i referti di precedenti esami endoscopici, esami del sangue e tutti gli altri documenti relativi alle proprie condizioni di salute (visite specialistiche, altre indagini diagnostiche, resoconti di interventi chirurgici, ecc.)

La informiamo che i contenuti di questa informativa sono condivisi da tutti i medici appartenenti alla équipe della UOC, pertanto essa ha validità anche nel caso in cui l'esecutore della prestazione non coincida con il medico che le ha fornito le suddette informazioni. In quest'ultimo caso può comunque chiedere che le informazioni e/o spiegazioni le siano ripetute dal medico esecutore.

Questa struttura ha tra i suoi compiti l'insegnamento, oltre alla cura degli ammalati, pertanto le procedure potrebbero essere eseguite anche da medici iscritti alla Scuola di Specializzazione di Gastroenterologia, sempre affiancati da un professionista dell'Azienda già specialista.

Si precisa inoltre che l'orario di convocazione dell'esame è puramente indicativo e può non corrispondere all'orario effettivo di esecuzione in relazione alla complessità di indagini precedenti che potranno determinare uno slittamento dell'orario assegnato.

Si segnala infine che i dati risultanti dall'esame in oggetto potranno essere utilizzati in forma rigorosamente anonima ai fini di ricerca scientifica.

Le è stato proposto di sottoporsi alla **biopsia epatica percutanea**.

La biopsia epatica è una metodica operativa mediante cui è possibile acquisire un piccolo campione di fegato al fine di definire una diagnosi corretta e studiare la malattia epatica per stabilire l'opportuno trattamento.

Non esistono alternative a questa procedura diagnostica per definire la patologia epatica che siano altrettanto accurate.

Non eseguire la biopsia epatica può rendere difficoltosa la corretta diagnosi e la stadiazione della malattia e condizionare negativamente il trattamento.

Preparazione all'esame

Digiuno assoluto dai cibi solidi dalla mezzanotte del giorno precedente all'esame.

Esecuzione dell'esame

Verrà sdraiato su un lettino, supino o sul fianco sinistro.

Il medico, dopo aver eseguito una ecografia preliminare, se necessario, effettuerà un'anestesia locale mediante spray e/o iniezione di un anestetico locale (lidocaina) per via sottocutanea. A discrezione del medico, prima e durante l'esame, potrebbero essere somministrati farmaci sedativi e antidolorifici (sedo-analgesia), per facilitare l'esecuzione della procedura. L'effetto dei sedativi, seppur blando, controindicherà la guida di autoveicoli e l'uso di macchinari il giorno stesso dell'esame.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<p>INFORMATIVA ALLA BIOPSIA EPATICA PERCUTANEA</p>	<p>GA_BIO_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 2/4</p>
---	---	---

Successivamente verrà inserito un ago speciale nel fegato al fine di recuperare un piccolo campione da esaminare.

Dopo l'esame

Dopo la biopsia è necessario rimanere sdraiati a letto fino al pomeriggio (obbligatoriamente sul fianco destro per le prime 2 ore). Qualche volta, dopo la manovra, può insorgere dolore che può essere esteso alla spalla destra, ma che raramente richiede la somministrazione di farmaci antidolorifici.

Se tutto va bene si potrà essere dimessi il pomeriggio del giorno stesso. In linea generale il periodo necessario per un recupero completo è di 24 ore.

Rischi più comuni

La biopsia epatica è un esame sostanzialmente sicuro, tuttavia come tutti gli atti medici può dar luogo a complicanze ed in tali casi può essere necessario un ricovero ospedaliero.

Purtroppo non è possibile prevedere prima dell'esame il rischio di sviluppare una complicanza.

Le complicanze nel loro complesso sono rare, possono essere curate nella maggioranza dei casi senza intervento chirurgico e, dai dati in letteratura, la mortalità dovuta alla manovra biotica risulta essere estremamente bassa. Tuttavia in alcuni casi le complicanze possono essere gravi e necessitare di trasfusioni di sangue e/o intervento chirurgico.

Quali sono le complicanze:

- dolore nella sede della biopsia;
- sanguinamento all'interno del fegato, è la complicanza più frequente che su ampie casistiche internazionali è stato quantificata essere inferiore all'1%;
- reazione vagale (sensazione di svenimento);
- puntura accidentale di altri organi come rene, polmone o colon, e la puntura della colecisti o delle vie biliari con possibile comparsa di dolore ed eventuale peritonite (raro);
- pneumotorace, cioè la perforazione della pleura (raro).

Oltre alle complicanze sopra riportate sono state segnalate in letteratura altre complicanze che per la loro rarità e singolarità risultano totalmente imprevedibili.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<p>INFORMATIVA ALLA BIOPSIA EPATICA PERCUTANEA</p>	<p>GA_BIO_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 3/4</p>
---	---	---

DIRITTI DEL MALATO

Il malato ha diritto, se lo desidera, ad essere informato, in forma comprensibile e corretta, delle proprie condizioni e di tutti gli atti terapeutici, di ordine medico e chirurgico, che i sanitari intendono intraprendere sulla sua persona, anche in relazione ai rischi, ai disagi e alle complicanze dei medesimi, nonché delle conseguenze della loro mancata attuazione e delle possibili alternative terapeutiche.

Ha diritto inoltre ad esprimere e a revocare, in ogni momento, il suo consenso.

Ha diritto infine a mantenere riservate le notizie sulle sue condizioni ovvero ad indicare una o più persone cui desidera che vengano rivelate.

DOVERI DEL MALATO

Il malato ha il dovere di fornire al medico ogni informazione in suo possesso sulla sua malattia attuale e sulle precedenti, in modo da evitare che dalla mancata conoscenza dei problemi possano generarsi errori di condotta terapeutica; deve inoltre attenersi con scrupolo alle indicazioni terapeutiche dei sanitari.

E' opportuno che il paziente avverta con un certo preavviso della propria intenzione di rinunciare alla procedura, per dare modo alla struttura di adeguarsi tempestivamente.

Ciò premesso, desidera essere informato sulla malattia da cui è affetto, sulle motivazioni e le implicazioni dell'atto o degli atti (chirurgici, invasivi o terapeutici di particolare impegno) che si intendono intraprendere sulla sua persona?

SI _____ (firma)

NO _____ (firma)

Desidera che tali informazioni vengano fornite ad alcuno dei suoi famigliari o conoscenti, ovvero al suo medico di fiducia?

SI _____ (firma)

NO _____ (firma)

Se sì, a chi in particolare?

Recapito _____

Le persone indicate saranno messe a conoscenza di tutte le scelte terapeutiche adottate, ma NON potranno in alcun modo intervenire sulle stesse, restando Lei l'unico titolare del diritto a prestare un valido consenso/dissenso; in alternativa le decisioni saranno effettuate dal personale medico di questo ospedale che si assumerà la responsabilità e l'onere della tutela della sua salute ed integrità fisica.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<p>INFORMATIVA ALLA BIOPSIA EPATICA PERCUTANEA</p>	<p>GA_BIO_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 4/4</p>
---	---	---

Questionario per il paziente

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

- Ha allergie ai farmaci o ad altre sostanze? NO SI
 Se SI, Quali _____
- Ha malattie della coagulazione del sangue? NO SI
 Se SI, Quali _____
- Assume farmaci che alterano la coagulazione del sangue (es. Aspirina, Ticlopidina, Coumadin, Sintrom, Eparina, Plavix)? NO SI
 Se SI, da quanti giorni li ha sospesi? _____
- Ha assunto farmaci antinfiammatori nell'ultima settimana? NO SI
 Se SI, Quali _____

A cura del Medico che propone la biopsia epatica percutanea

Io sottoscritto/a _____ confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della biopsia epatica percutanea.

Data _____ Firma del medico proponente _____

A cura del Paziente per presa visione

Data.....

Firma del paziente _____

Per i minori (o nell'incapacità di intendere e di volere)

Il paziente.....

I genitori:

Firma padre _____ Firma madre _____

Firma tutore _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<h2>CONSENSO INFORMATO ALLA BIOPSIA EPATICA</h2>	<p>GA_BIO_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 1/1</p>
---	--	---

CONSENSO INFORMATO: biopsia epatica percutanea

Preso atto dei mie diritti e doveri e delle informazioni prestatemi dai sanitari, inclusi i rischi connessi alla procedura, autorizzo i sanitari stessi ad intraprendere atti sanitari nel mio esclusivo interesse per tutelare la mia salute e la mia integrità fisica, in ragione delle mie condizioni generali, della situazione specifica e degli imprevisti che potrebbero verificarsi in sede di procedura.

- Accenso** ad essere sottoposto a biopsia epatica percutanea
- Non accenso** ad essere sottoposto biopsia epatica percutanea

Data _____ Firma _____ (Paziente/Tutore legale/Genitore)

AUTORIZZO l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento nel solo interesse della mia salute.

Data _____ Firma del paziente _____

REVOCA

Consenso Informato biopsia epatica percutanea

Io _____ sottoscritto/a nato/a il _____

In data _____

Dichiaro di voler REVOCARE il consenso

Firma _____

Timbro e firma del medico _____