 <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 PARACENTESI</h2>	<p>GA_PAR_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.

Che cos'è la paracentesi

La paracentesi è una procedura che prevede la puntura dell'addome mediante la quale viene prelevato del liquido, detto ascitico, dalla cavità peritoneale. Lo spazio peritoneale è il contenitore degli organi addominali, racchiuso da una sottile membrana detta peritoneo.

Il liquido ascitico è prodotto in maggiori quantità in alcune condizioni morbose a carico degli organi addominali, le condizioni patologiche che principalmente possono generare ascite sono le malattie epatiche.

I motivi per cui può essere necessario rimuovere il liquido dall'addome sono:


- Diagnostico: analisi citologica e biochimica del liquido ascitico.
- Terapeutico: evacuazione del liquido per ridurre il volume e la pressione all'interno dell'addome.

Non esistono alternative a questa procedura diagnostica e terapeutica. Non eseguire la paracentesi può rendere difficoltosa la corretta diagnosi e terapia della malattia e condizionare negativamente l'evoluzione.

Occorre essere a digiuno dai cibi solidi dalla mezzanotte del giorno precedente all'esame.

Esecuzione dell'esame

Verrà sdraiato su un lettino in posizione supina o leggermente inclinato sul fianco sinistro.

 <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 PARACENTESI</h2>	<p>GA_PAR_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 2/4</p>
---	---	---

Il medico, dopo aver eseguito una ecografia preliminare, effettuerà un'anestesia locale mediante spray, quindi inserirà nell'addome l'apposito ago per paracentesi.

Nel caso di paracentesi terapeutica, verrà raccordato all'ago un sistema di drenaggio a caduta per evacuare lentamente il liquido ascitico.

La durata della manovra dipende dallo scopo della procedura, se lo scopo è diagnostico, durerà pochi minuti; se lo scopo è terapeutico/evacuativo, potrà richiedere anche alcune ore.

Dopo l'esame

Al termine della paracentesi, dopo la rimozione dell'ago, verrà praticata una medicazione compressiva sterile, in rari casi può essere necessario applicare un singolo punto di sutura. In caso di rimozione di volumi di ascite superiori a 500 cc, verrà somministrata albumina umana in flaconcini per via endovenosa (il numero di flaconcini dipenderà dal volume di ascite rimossa).

Rischi più comuni


La paracentesi 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.

Quali sono le complicanze:

- Ipovolemia e/o ipotensione (che potrà essere prevenuta mediante l'infusione di albumina umana per via endovenosa).
- Sanguinamento (principalmente causato dalla manovra) (ematoma sulla parete addominale o emoperitoneo).
- Perforazione di un viscere, questo rischio è minimizzabile avvalendosi della guida ecografica. Tale evenienza richiederebbe un breve ricovero.
- Infezione locale o peritonite; in letteratura non sono stati tuttavia segnalati casi di infezione post paracentesi.
- Fuoriuscita di liquido prolungata dal punto di inserzione dell'ago, questa complicanza si verifica in meno dell'1% dei casi.

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>	<h2>INFORMATIVA ALLA PARACENTESI</h2>	<p>GA_PAR_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>	<h2>INFORMATIVA ALLA PARACENTESI</h2>	<p>GA_PAR_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 paracentesi

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 paracentesi.

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 PARACENTESI</h2>	<p>GA_PAR_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 1/1</p>
---	--	---

CONSENSO INFORMATO: paracentesi

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 paracentesi
- Non accenso** ad essere sottoposto a paracentesi

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 paracentesi

Io _____ sottoscritto/a nato/a il _____

In data _____

Dichiaro di voler REVOCARE il consenso

Firma _____

Timbro e firma del medico _____