

CONSENSO INFORMATO PER IL POSIZIONAMENTO DI CATETERE PER DIALISI PERITONEALE

Gentile Signora/Signore,

il trattamento terapeutico che le consigliamo per essere eseguito richiede il Suo consenso, previa dettagliata informazione circa il trattamento in questione.

Perché Lei possa decidere in maniera autonoma, libera e consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento.

Un medico commenterà con Lei il contenuto del presente documento, in modo che possa rilasciare il suo consenso dopo esser stato informato in modo esaustivo.

1. INFORMAZIONE RELATIVA ALLO AL TRATTAMENTO DIALITICO PERITONEALE

- Il sottoscritto Dr. _____, in qualità di Dirigente Medico preposto all'assistenza del Sig. _____, dopo aver illustrato al paziente le caratteristiche della dialisi peritoneale e aver discusso sui benefici e sui rischi conseguenti alla scelta di questa metodica dialitica, prende atto che il paziente ha scelto di essere sottoposto a **Dialisi Peritoneale**.

- **Dialisi peritoneale**

Il trattamento dialitico si propone di allontanare dal sangue dei pazienti i prodotti tossici accumulati dal catabolismo cellulare e di riequilibrare i liquidi corporei e gli elettroliti in essi disciolti. La dialisi peritoneale utilizza per depurare il sangue la membrana peritoneale che ricopre l'interno dell'addome e avvolge le anse intestinali, formando uno spazio tra due sottili foglietti che hanno caratteristiche specifiche di porosità. All'interno di questi foglietti viene introdotto il liquido di dialisi in cui si diffondono le sostanze, le scorie e l'acqua in eccesso contenuti nel sangue e nei liquidi corporei; il liquido di dialisi apporta inoltre, sostanze necessarie all'organismo e deficitarie in situazioni di insufficienza renale. Per poter eseguire la dialisi peritoneale è indispensabile il posizionamento di un **catetere peritoneale in silicone** nella cavità peritoneale che permetta l'infusione e il drenaggio del liquido di dialisi.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE

Data: _____

PER PRESA VISIONE: _____

Firma del paziente o del legale rappresentante

N.B.: Per il minore di anni 14 è richiesta la firma dell'esercente la patria potestà o la tutela (entrambi i genitori o tutore). Per il minore, di età compresa tra i 14 e 17 anni, se giudicato maturo, è richiesta la firma dello stesso oltre a quella dell'esercente la patria potestà o la tutela (in caso di discordanza tra detto minore e l'esercente la patri potestà o tutela bisogna acquisire il parere del Giudice Tutelare).

2. INFORMAZIONE RELATIVA ALLA MODALITA' DELL'INTERVENTO DI INSERIMENTO DEL CATETERE PERITONEALE

Il sottoscritto Dr. _____, in qualità di Dirigente Medico preposto all'assistenza del Sig. _____, fornisce allo stesso la seguente informazione:

● **Modalità dell'intervento**

L'intervento sarà effettuato in sala operatoria con l'ausilio di tutta la strumentazione necessaria per monitorare le funzioni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, tracciato elettrocardiografico, saturimetria). Per l'esecuzione dell'intervento verrà posto in posizione supina sul lettino di sala operatoria. Dopo la disinfezione della cute, si utilizzeranno telini sterili per delimitare il campo operatorio. A questo punto verrà effettuata un'incisione cutanea nell'area prescelta previa anestesia locale e avrà inizio l'intervento di posizionamento del catetere a livello addominale. Durante l'intervento saranno effettuate prove di funzionamento del catetere peritoneale consistenti in infusione e recupero di soluzione di dialisi. Verificato il buon funzionamento del catetere, si procederà alla sutura della parete addominale ed alla medicazione della ferita chirurgica.

Dopo l'intervento il paziente sarà riportato nel reparto di degenza e dovrà rispettare un periodo di 24 ore di riposo assoluto a letto.

● **Possibili Complicanze**

Durante il posizionamento del catetere peritoneale possono raramente verificarsi alcune complicazioni quali infezioni, emorragie della parete addominale o intraddominali, addome acuto

da perforazione di ansa intestinale o di vescica (evenienze rarissime); nella maggior parte dei casi è possibile prevenire o trattare efficacemente tali complicanze.

E' possibile altresì che, nel post-operatorio, il catetere peritoneale possa dislocarsi e che pertanto, per recuperare il funzionamento dello stesso, si renda necessario un intervento di riposizionamento della parte intraddominale dislocata con metodica di videolaparoscopia, intervento quest'ultimo che viene eseguito da equipe chirurgica in anestesia totale.

Per evitare ulteriori complicanze, risponda alle seguenti domande:

- 1) E' in gravidanza? SI NO
- 2) Usa farmaci anticoagulanti (ad es. Sintrom o Coumadin?) SI NO
- 3) Ha fatto uso nelle ultime settimane di farmaci che possono interferire con la coagulazione (ad es. antiinfiammatori, aspirina, antibiotici)? SI NO
- 4) Ha mai presentato allergie (ad es. raffreddore da fieno) o ipersensibilità a farmaci, o ad alimenti, cerotti o anestetici locali? SI NO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO ESECUTORE

Data: _____

PER PRESA VISIONE:

Firma del paziente o del legale rappresentante

N.B.: Per il minore di anni 14 è richiesta la firma dell'esercente la patria potestà o la tutela (entrambi i genitori o tutore). Per il minore, di età compresa tra i 14 e 17 anni, se giudicato maturo, è richiesta la firma dello stesso oltre a quella dell'esercente la patria potestà o la tutela (in caso di discordanza tra detto minore e l'esercente la patri potestà o tutela bisogna acquisire il parere del Giudice Tutelare).

3. DICHIARAZIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto _____, avendo avuto ampie delucidazioni su quanto preso in visione e controfirmato nelle pagine precedenti, ed avendone compreso perfettamente il significato, autorizza esplicitamente il Dr. _____ a sottoporlo al posizionamento del catetere peritoneale per dialisi.

Data: _____

_____ Firma del paziente o del legale rappresentante

N.B.: Per il minore di anni 14 è richiesta la firma dell'esercente la patria potestà o la tutela (entrambi i genitori o tutore). Per il minore, di età compresa tra i 14 e 17 anni, se giudicato maturo, è richiesta la firma dello stesso oltre a quella dell'esercente la patria potestà o la tutela (in caso di discordanza tra detto minore e l'esercente la patri potestà o tutela bisogna acquisire il parere del Giudice Tutelare).

4. RIFIUTO DEL CONSENSO

Il sottoscritto _____, pur essendo stato esaurientemente informato su quanto preso in visione e controfirmato nelle pagine precedenti, ed in particolare sulle possibili conseguenze negative sulla propria salute che potrebbero intervenire per la mancata esecuzione del trattamento terapeutico proposto, rifiuta il consenso allo stesso.

Data: _____

_____ Firma del paziente o del legale rappresentante

N.B.: Per il minore di anni 14 è richiesta la firma dell'esercente la patria potestà o la tutela (entrambi i genitori o tutore). Per il minore, di età compresa tra i 14 e 17 anni, se giudicato maturo, è richiesta la firma dello stesso oltre a quella dell'esercente la patria potestà o la tutela (in caso di discordanza tra detto minore e l'esercente la patri potestà o tutela bisogna acquisire il parere del Giudice Tutelare).

Il presente documento consta di n. quattro (4) pagine