



CONSENSO INFORMATO PER LA RIMOZIONE 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.

INFORMAZIONE RELATIVA ALL'INTERVENTO DI RIMOZIONE DEL CATETERE PERITONEALE

Il sottoscritto Dr. _____, in qualità di Dirigente Medico preposto all'assistenza del Sig. _____, fornisce allo stesso le seguenti informazioni:

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 una incisione cutanea nell'area prescelta previa anestesia locale e avrà inizio l'intervento di rimozione del catetere stesso.

Dopo l'intervento il paziente sarà portato al suo letto del reparto di degenza e dovrà rispettare un periodo di 24 ore di riposo a letto.



Possibili Complicanze

Durante la rimozione del catetere peritoneale, possono svilupparsi talvolta alcune complicazioni quali infezioni, emorragie della parete addominale o intraddominali, addome acuto da perforazione di ansa intestinale (evenienze rarissime); tuttavia nella maggior parte dei casi è oggi possibile prevenire o trattare efficacemente tali possibili complicanze.

E' possibile altresì, che durante la rimozione del catetere peritoneale possa qualche frammento finire nella cavità peritoneale e che pertanto, per recuperarlo, si renda necessario un reintervento con metodica di video laparoscopia, 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 patria 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 alla rimozione 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 patria 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 patria potestà o tutela bisogna acquisire il parere del Giudice Tutelare).

Il presente documento consta di n. tre (3) pagine