

CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO VASCOLARE (FISTOLA ARTERO-VENOSA NATIVA O PROTESICA) PER EMODIALISI

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 AL TRATTAMENTO EMODIALITICO

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

- La patologia riscontrata è uno stato di insufficienza renale grave che necessita di terapia sostitutiva emodialitica, indispensabile per la vita. La possibile evoluzione e le eventuali complicanze (in assenza di qualunque trattamento) sono l'uremia terminale e la morte.
- La tecnica proposta per l'avvio al trattamento emodialitico sostitutivo è un Intervento chirurgico in anestesia locale che prevede l'allestimento di una fistola artero-venosa per emodialisi extracorporea.

I rischi sono emorragie, infezioni, trombosi. Il rischio più frequente è rappresentato dalla trombosi precoce e dalla insufficiente maturazione, eventi che possono verificarsi anche nel 50% dei casi e che comportano la necessità di un reintervento e talvolta il ricorso a tecniche invasive di radiologia interventistica.

I benefici consistono nella possibilità di essere sottoposto ad emodialisi extracorporea indispensabile per la vita.

- Altre Tecniche possibili sono l'inserzione di catetere per dialisi peritoneale, l'inserzione di catetere venoso centrale per emodialisi. I rischi sono emorragie, infezioni, addome acuto,

trombosi. I benefici consistono nella possibilità di essere sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi extracorporea, indispensabili per la vita.

- **Emodialisi**

Il trattamento emodialitico si propone di allontanare dal sangue i prodotti tossici accumulati dal catabolismo cellulare e di riequilibrare i liquidi corporei e gli elettroliti in essi disciolti. Questo obiettivo può essere perseguito attraverso una connessione temporanea tra il sistema vascolare del paziente e il modulo per la dialisi extracorporea. La connessione tra il circuito dialitico e il paziente necessita della formazione di un **accesso vascolare permanente** quale la **fistola artero-venosa** nativa o **protesica**. Le linee guida e la letteratura internazionale riconoscono la superiorità della fistola nativa rispetto ad altri accessi vascolari. La fistola nativa infatti è associata a maggiori benefici per il paziente, quali una più lunga durata, minori complicanze, minor numero di ospedalizzazioni e migliore sopravvivenza. Questi accessi consistono in un collegamento permanente tra un'arteria e una vena superficiale (anastomosi artero-venosa) con passaggio di sangue arterioso nella vena e conseguente dilatazione ed "arterializzazione" della stessa.

Questo processo di maturazione richiede da 1 a 3 mesi per la fistola nativa (15 giorni -1 mese per la fistola protesica) ed è caratterizzato da un rimodellamento della parete vascolare e da un graduale aumento del flusso ematico nella fistola. Al termine di questo periodo la fistola giudicata matura consentirà un'agevole venipuntura e permetterà di ottenere un flusso adeguato per il trattamento extracorporeo.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE

Data: _____

PER PRESA VISIONE:

Firma del paziente o del legale rappresentante

2. INFORMAZIONE RELATIVA ALLA MODALITA' DELL'INTERVENTO DI ALLESTIMENTO DELLA FISTOLA ARTERO-VENOSA

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

Modalità dell' intervento

Durante l'intervento il paziente verrà continuamente informato su tutto quello che si sta svolgendo. Per l'esecuzione dell'intervento il paziente verrà posto in posizione prona sopra un lettino rigido e si procederà alla localizzazione dell'arteria e della vena del braccio da connettere. Dopo 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 isolamento dei vasi arteriosi e la successiva anastomosi artero-venosa.

Possibili complicanze

Nella formazione dell'accesso vascolare possono svilupparsi talvolta alcune complicazioni nell'immediato periodo post-operatorio, quali emorragie ed ematomi. Tuttavia, la necessità di ricorrere a emotrasfusioni è molto rara. Talvolta, per lesioni dei nervi periferici, possono verificarsi parestesie transitorie o permanenti a carico della mano. Nel lungo termine possono svilupparsi altre complicanze responsabili del malfunzionamento dell'accesso vascolare, in particolare le stenosi e le trombosi. Le complicanze di natura infettiva (batteriche, virali, micotiche) sono assai rare. Altre complicanze tardive sono la dilatazione aneurismatica dei vasi venosi, la sindrome da furto e l'edema dell'arto sede della fistola. Sebbene raramente, le fistole arterovenose con alta portata ematica, possono favorire la comparsa di uno scompenso cardiaco. Nella maggior parte dei casi e con adeguati programmi di monitoraggio/sorveglianza, possibile prevenire o trattare efficacemente tali possibili complicanze. Alcune rare complicanze (allergie, bradi-aritmie, shock anafilattico) possono manifestarsi in seguito alla somministrazione di farmaci anestetici locali e possono richiedere l'intervento di un anestesista-rianimatore.

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 ad intervento chirurgico di allestimento di fistola artero-venosa per emodialisi:

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. quattro (4) pagine