|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI****Direttore:** Dr.ssa GABRIELLA LUCIDI PRESSANTI**U.O.C. RADIOLOGIA E RMN****Direttore:** Dr. PIETRO FILAURI**U.O.S. Radiologia Vascolare e Interventistica Responsabile:** Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI | Nota InformativaRIV-10Revisione 00Del 26/05/2023Pagina 1 di 3 |

**CONSENSO INFORMATO alla TERMOABLAZIONE (MEDIANTE RADIOFREQUENZA, Microonde o altro)**

**CHE COSA È?**

Una procedura terapeutica che utilizza onde elettromagnetiche di radiofrequenza a partenza dalla punta attiva di un ago-elettrodo, introdotto nella lesione sotto guida ecografica o TC. Per termoablazione si intende la diffusione delle onde elettromagnetiche nel tessuto circostante l’ago che provoca un aumento della temperatura fino a circa 70-90 C° che induce la morte delle cellule bersaglio (necrosi coagulativa). Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l’utilizzo in assenza di un’indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

**A COSA SERVE?**

Le applicazioni possono essere di vario tipo; in particolare la radiofrequenza è utilizzata per la terapia dei tumori primitivi e secondari (principalmente del fegato, ma anche del polmone, del rene, dell’osso e della prostata) in eventuale associazione con la terapia chirurgica e/o con la chemioterapia. Ha effetto solo sulla lesione trattata e non esclude la possibilità che in futuro vi sia una recidiva locale o che compaiano nuove lesioni.

**COME SI EFFETTUA?**

La termoablazione di una lesione mediante radiofrequenza viene eseguita in regime di ricovero ordinario e la procedura prevede, in corso di guida mediante esame ecografico o TC, previa anestesia locale, l’incisione con la punta di un bisturi; verrà quindi posizionato l’ago da radiofrequenza all’interno della lesione focale che deve essere trattata. Il trattamento completo viene generalmente effettuato in sedazione profonda o anestesia generale.

**COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE**

Le complicanze riportate sono eventi poco frequenti, possono essere:

* Dolore nella sede del trattamento e/o dolore).
* Ematomi nella sede della puntura
* Emorragie, specie se ci sono patologie della coagulazione
* Lesioni viscerali tra le quali le più frequenti, seppur molto rare, sono la perforazione dell’intestino o della pleura (pneumoperitoneo/pneumotorace)
* Danno delle vie biliari e della colecisti.
* Necrosi parziale del diaframma .
* Crisi vagale (bradicardia, calo pressorio, sudorazione).
* Ascessualizzazione.
* L’equipe è in grado di fornire la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI****Direttore:** Dr.ssa GABRIELLA LUCIDI PRESSANTI**U.O.C. RADIOLOGIA E RMN****Direttore:** Dr. PIETRO FILAURI**U.O.S. Radiologia Vascolare e Interventistica Responsabile:** Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI | Nota InformativaRIV-10Revisione 00Del 26/05/2023Pagina 2 di 3 |

**PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI**

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad (ad es. per l’ipertensione o il diabete).

Dopo la procedura si raccomanda la permanenza a letto che può variare da 12 a 24 ore.

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO** **INFORMATO ALL’ESECUZIONE DELL’INDAGINE SUDDETTA**

**Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. in qualità di esercente la podestà sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. in qualità di tutore del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informato/a** dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* sul tipo di indagine diagnostica da eseguire

**Reso/a consapevole:**

* sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
* dalla possibilità che l’indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l’attività assistenziale, ma senza ottenere l’informazione ricercata con questo esame;
* dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Presa visione delle informazioni relative all’indagine/procedura in oggetto**

* Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|   |

 ACCETTO l’indagine proposta RIFIUTO l’indagine proposta

**Medico radiologo** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale interprete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DIPARTIMENTO DEI SERVIZI****Direttore:** Dr.ssa GABRIELLA LUCIDI PRESSANTI**U.O.C. RADIOLOGIA E RMN****Direttore:** Dr. PIETRO FILAURI**U.O.S. Radiologia Vascolare e Interventistica Responsabile:** Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI | Nota InformativaRIV-10Revisione 00Del 26/05/2023Pagina 3 di 3 |

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 SI NO

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL’EFFETTUAZIONE DELL’ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligato/a ad effettuare l’esame; alternativamente il medio utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l’effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”.

La ringraziamo per l’attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_