



Servizio Sanitario della Toscana

AUSL N.9 DI GROSSETO

Presidio Ospedaliero della Misericordia

U.O NEURORADIOLOGIA

(Dir. Dr. Danilo De Falco)

Tel. 0564-485290 Fax 0564-483310

Data _____

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER TECNICHE DI INTERVENTISTICA SPINALE

Gentile Signora/e, la preghiamo cortesemente di voler leggere con molta attenzione le righe che seguono. In esse sono fornite tutte le informazioni circa le modalita' di effettuazione dell'intervento di Radiologia Interventistica cui deve essere sottoposta/o, affinche' lei sia in grado di manifestare il suo consenso informato al medico esecutore della procedura. Quanto riportato in questa scheda fornisce delle informazioni sommarie e non ha la pretesa di sostituire il colloquio informativo, che è fondamentale, tra il medico e il paziente. Le procedure cui si riferisce questa scheda sono mirate principalmente al trattamento del dolore lombare e/o da irritazione di radici nervose spinali, o a scopo di test diagnostico per determinare la sede di origine del dolore stesso, oppure anche per il trattamento di altre patologie da specificare caso per caso:

Tale intervento consiste nella iniezione di farmaci o altre sostanze, attraverso uno o piu' appositi aghi, o cateteri, o altri strumenti, di calibro eventualmente variabile, posizionati sotto guida fluoroscopica o TC, previa anestesia locale, nelle seguenti strutture anatomiche: nello spazio peridurale attraverso lo spazio interlaminare/interspinoso (circa attraverso la linea mediana posteriore del rachide), oppure per via transforaminale (in corrispondenza del forame di coniugazione della radice stessa, ove questa fuoriesce dal canale vertebrale), oppure ancora attraverso lo hiatus sacrale (sulla linea mediana, nella parte inferiore della schiena); nelle articolazioni interfaccettarie; nelle articolazioni sacro-iliache; in sede intradiscale, (ad es. per la tecnica discografica o per ottenere campione biptico); in sede subaracnoidea (ad es. per la mielografia/mieloTC); nel tessuto osseo vertebrale (ad es. per ottenere campioni biptici o per la tecnica di vertebro/cifoplastica); in sede extra/paravertebrale (ad es. nelle tecniche di blocco gangliare); in altre sedi da specificare (... ..). Le complicanze legate alle procedure suddette possono essere principalmente: anafilassi e ipotensione per allergia alle sostanze utilizzate (farmaci, mezzo di contrasto) e ai materiali (guanti, disinfettanti, detergenti); ipotensione per sindrome vagale; infezione con possibilita', per esempio, di discite/osteomielite/ascesso epidurale/ascesso intraarticolare); sanguinamento nella regione di iniezione (p. es. ematoma muscolare, emorragia peridurale/subaracnoidea); contusione radicolare (con parestesie e/o dolore duraturi, anche per alcuni mesi); deficit di forza transitorio all'arto inferiore omolaterale o ad entrambi gli arti (con transitorio deficit dell'equilibrio e/o della marcia); irritazione meningea, ipotensione liquorale, cefalea, convulsioni; ipercorticismismo transitorio (anche con agitazione psicomotoria post-intervento); lipomatosi epidurale (per trattamenti prolungati); aracnoidite/radicolite; lesione midollare o della cauda equina; emorragia retinica con transitoria cecita'; solo per le tecniche di vertebro-/cifo-plastica possono aversi frattura costale, embolia polmonare, radicolite o compressione del midollo da fuoriuscita di cemento. LE COMPLICANZE PIU' IMPORTANTI SOPRA RIPORTATE SONO DA RITENERSI RARE O RARISSIME E, IN ALCUNI CASI, PIU' TEORICHE CHE REALI, (DATI RIPORTATI: JOHNSON E COLL.- 1999 - 5334 PROCEDURE: NESSUN DANNO PERMANENTE; BOTWIN E COLL. - 2000 - 322 PROCEDURE: NESSUN DANNO SERIO O PERMAN.) . La terapia ha effetto solo per la sede di intervento e non esclude la ricomparsa della sintomatologia dolorosa, o della patologia trattata, o il peggioramento delle stesse, nella stessa o in altre aree, e non puo' completamente sostituirsi ad altre eventuali opzioni terapeutiche (mediche o chirurgiche). La procedura puo' necessitare inoltre di essere ripetuta piu' volte per ottenere i migliori risultati.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto-a dichiara di aver compreso e valutato le informazioni ricevute ed i chiarimenti forniti, anche verbalmente, e di essere consapevole dei rischi connessi allo svolgimento della procedura proposta;

Per tali motivi acconsento a sottopormi alla procedura consigliatami.

FIRMA DEL PAZIENTE:

FIRMA DEL MEDICO:

.....

.....