

10.2.18 ALLEGATO 18

**CONSENSO INFORMATO A POSIZIONAMENTO DEL
CATETERE VENOSO PERIFERICO MIDLINE**

Persona assistita

Nato/a a **il**

Codice Fiscale

Tutore/ Amministratore di sostegno

Genitori: Padre

Madre

Medico richiedente

Professionista sanitario posizionatore

INFORMAZIONI sulla PROCEDURA

Finalità: il posizionamento di un **Catetere Venoso Periferico – Midline**, assicura un accesso venoso affidabile a medio termine che consente la somministrazione delle terapie necessarie compatibili con l'infusione in vena periferica e l'esecuzione di prelievi ematici.

La **tecnica di posizionamento**, espletata da operatori esperti, consiste nel pungere, in anestesia locale, con tecnica eco guidata, una vena del braccio ed inserire un catetere facendolo avanzare per circa 25 cm fino alla vena ascellare o succlavia. La procedura prevede un tempo medio di 20 minuti.

Come tutte le pratiche medico-chirurgiche, questa procedura, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza, presenta un certo numero di **complicanze o effetti collaterali**, che, sebbene non frequenti, si potrebbero verificare immediatamente (difficoltà o impossibilità ad incannulare la vena, ematoma locale, puntura di un nervo o di un'arteria, sindrome vaso – vagale, reazioni allergiche, altre più rare), ed altre durante l'utilizzo nel tempo del dispositivo stesso (infezione locale e generale, flebite, tromboflebite, malfunzionamento con conseguente necessità di sostituzione, occlusione del catetere, altre più rare). Nell'eventualità che si manifestassero, tali complicanze verrebbero trattate tempestivamente.

La medicazione del CVP verrà effettuata da personale infermieristico secondo la procedura aziendale al fine di ridurre il rischio di sviluppo di infezione cutanea o sistemica.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE ED ESPRESSIONE DI VOLONTA'
(in merito a manovre invasive)

A) DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Io sottoscritto/a dichiaro di:

ESSERE PIENAMENTE COSCIENTE

AVER RICEVUTO in data dal/dalla Dr/Dr.ssa
in modo chiaro ed esauritivo le informazioni inerenti la necessità del posizionamento del Catetere Venoso Periferico Midline, in particolare su benefici, eventuali rischi, effetti collaterali, complicanze;

AVER LETTO ATTENTAMENTE questo documento e **AVERNE COMPRESO** tutto il contenuto

Data Ora Firma paziente

Firma tutore/Amministratore di sostegno

Firma genitori (o affidatari): padre

madre

B) CONSENSO ALLA PROCEDURA

Io sottoscritto/a.....

AUTORIZZO il professionista sanitario all'inserimento percutaneo del Catetere Venoso Periferico Midline

AUTORIZZO fin d'ora l'espletamento di eventuali interventi che si rendessero necessari nei casi di mancata riuscita dell'incannulamento venoso e/o di complicanze

oppure

NON AUTORIZZO fin d'ora l'espletamento di eventuali interventi che si rendessero necessari nei casi di mancata riuscita dell'incannulamento venoso e/o di complicanze

Data Ora Firma paziente

Firma tutore/ Amministratore di sostegno

Firma genitori (o affidatari): padre

madre

Firma e timbro del medico

Firma di un personale dipendente in qualità di testimone

Firma del professionista sanitario posizionatore

C) RIFIUTO CONSAPEVOLE

Io sottoscritto/a

NON ACCONSENTO a sottopormi alla procedura proposta, pur avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite e sono consapevole delle conseguenze che tale decisione avrà nell'iter diagnostico/terapeutico.

Data Ora Firma paziente

Firma tutore/ Amministratore di sostegno

Firma genitori (o affidatari): padre

madre

Firma e timbro del medico

Firma di un personale dipendente in qualità di testimone

Firma del professionista sanitario posizionatore

D) REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO DI ESAME

Io sottoscritto/a

REVOCO IL CONSENSO a continuare l'espletamento della procedura attualmente in atto, pur avendo compreso contenuti e finalità della stessa e sono consapevole delle conseguenze che tale decisione avrà nell'iter diagnostico/terapeutico.

Data Ora Firma paziente

Firma tutore/ Amministratore di sostegno

Firma genitori (o affidatari): padre

madre

Firma e timbro del medico

Firma di un personale dipendente in qualità di testimone

Firma del professionista sanitario posizionatore

E) RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE

Io sottoscritto/a.....

RINUNCIO CONSAPEVOLMENTE a qualsiasi informazione propositami dal personale medico e, ai fini dell'acquisizione del consenso, dichiaro di avere piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei Sanitari.

Data Ora Firma paziente

Firma tutore/ Amministratore di sostegno

Firma genitori (o affidatari): padre

madre

Firma e timbro del medico

Firma di un personale dipendente in qualità di testimone

Firma del professionista sanitario posizionatore