

10.2.19 ALLEGATO 19

**CONSENSO INFORMATO A POSIZIONAMENTO DEL
CATETERE VENOSO CENTRALE AD INSERZIONE PERIFERICA TIPO PICC**

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 Centrale ad inserzione periferica**, denominato PICC, assicura un accesso venoso centrale a medio termine affidabile che consente la somministrazione delle terapie necessarie e l'esecuzione di prelievi ematici.

La **tecnica di posizionamento** consiste nel pungere, in anestesia locale, con tecnica ecoguidata, da parte di operatori esperti, una vena del braccio, introdurre un catetere e farlo avanzare fino alla vena cava superiore. Durante la procedura, che dura circa 30 minuti, il corretto posizionamento del catetere viene valutato attraverso diverse metodiche a disposizione (ECG intracavitario, sistema di navigazione, controllo radiologico). 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, aritmie, 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. Si informa che in questo ospedale sono disponibili tutti gli strumenti per affrontarle.

La procedura può comportare l'impiego di Raggi X, con rischi potenziali nel caso di donne in età fertile nel sospetto di/o in gravidanza e l'utilizzo di un mezzo di contrasto, farmaco che può raramente provocare reazioni allergiche del tutto imprevedibili e classificate in lievi (nausea, vomito, prurito), moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e severe (shock allergico, edema polmonare, arresto cardiocircolatorio). Si informa che in questo ospedale sono disponibili tutti gli strumenti per affrontarle.

La medicazione del CVC 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 esaustivo le informazioni inerenti la necessità del posizionamento del Catetere Venoso Centrale (CVC), 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 Centrale

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 posiziatore

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