

INFORMATIVA SALASSO TERAPIA

Con un salasso si rimuovono dal circolo sanguigno 250 - 450 ml di sangue tramite la puntura di una vena. Il sangue contiene una parte solida costituita da globuli rossi, globuli bianchi e piastrine, e da una parte liquida (il plasma) che contiene proteine, grassi, oligoelementi ecc. essenziali per la vita.

Il salasso terapeutico rappresenta una terapia molto efficace nelle malattie da sovraccarico di ferro quali l'emocromatosi (dove può essere considerata terapia salvavita), la porfiria cutanea tarda (dove riducendo le porfirine migliora il quadro dermatologico), nella policitemia vera (malattia caratterizzata da una proliferazione patologica di globuli rossi), nelle poliglobulie secondarie a patologia respiratoria (in cui i bassi livelli di ossigeno stimolano la produzione eccessiva di globuli rossi). Pertanto si ricorre a questa procedura terapeutica quando vi è la necessità di ridurre la quantità eccessiva e dannosa di globuli rossi, ferro, porfirine.

Gli eventuali vantaggi derivanti dalla salassoterapia sono: RIDUZIONE DELLA MASSA DI GLOBULI ROSSI CIRCOLANTE CON MIGLIORAMENTO DELLA CIRCOLAZIONE E DELL'OSSIGENAZIONE, RIDUZIONE DEL SOVRACCARICO DI FERRO E MIGLIORAMENTO DEL METABOLISMO.

Il mancato trattamento potrebbe esitare in: AUMENTO DEI RISCHI DI ESITO NEGATIVO DELLA MALATTIA DI BASE O PROGRESSIONE DI ACCUMULO DI FERRO CON DANNO IRREVERSIBILE DEGLI ORGANI.

I rischi più comuni per questo tipo di procedura sono: il dolore per la venipuntura (35% dei pazienti); la difficoltà a reperire la vena (25% dei pazienti); una sensazione di malessere durante il salasso (30% dei pazienti) che si ripresenta più volte solo nel 7% dei pazienti; sensazioni di capogiro al termine del salasso (23% dei pazienti), affaticamento dopo il salasso nel 55% dei pazienti, riferito di discreta entità nel 9% dei pazienti e importante e prolungato in meno del 3% dei pazienti. In genere il periodo necessario per un recupero funzionale è di poche ore.

Consenso informato alla Salassoterapia

Io sottoscritto Dott /ssa _____

dichiaro di aver fornito al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla sua situazione clinica: _____

- all'atto sanitario proposto: SALASSO TERAPEUTICO

E di essermi assicurato che il/la paziente ha compreso quanto espresso.

Espressione e Acquisizione del Consenso Informato

Io, sottoscritto/a

Cognome e Nome (paziente o fiduciario) _____

Luogo e data di nascita _____

DICHIARO:

☐ di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente

- sul mio stato di salute;
- sul tipo di procedura terapeutica propostami;
- sui benefici, le complicità, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati;
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta;
- sulle eventuali alternative terapeutiche;
- sull'organizzazione della Struttura Sanitaria e su composizione e ruoli dell'équipe di cura.

☐ di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima della procedura diagnostica/terapeutica propostami

☐ di ACCETTARE / ☐ di NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data _____ Firma del/della Paziente (o Fiduciario/a) _____

Timbro e firma del Medico _____

Io sottoscritto/a _____

in data _____ **dichiaro di REVOCARE il consenso all'atto sanitario proposto.**

Firma del/della Paziente (o Fiduciario/a) _____

Timbro e firma del Medico _____