

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

RIMOZIONE DI UN DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE

(cosiddetto Port-a-cath)

Io sottoscritto _____ nato a _____ il
___/___/___ dichiaro di aver ottenuto dal/dalla Dr./D.ssa _____ esaurienti
informazioni in merito alla opportunità di rimuovere il sistema di accesso vascolare totalmente impiantabile
di cui sono portatore. In particolare mi è stato detto in maniera chiara e comprensibile che il c.d. port-a-
cath è opportuno che venga rimosso perché: _____

Dichiaro inoltre di aver ottenuto risposte a tutti i dubbi relativi alla procedura e di aver compreso
integralmente i vantaggi e gli svantaggi di quanto ho richiesto a Codesta S.C. di Chirurgia Toracica.

Dichiaro di aver compreso le complicanze connesse a tale procedura: emorragia, rottura a vari livelli del
catetere con ritenzione di parti dello stesso con possibilità di migrazione nel circolo sanguigno, infezione
della ferita.

Dichiaro di accettare, in piena libertà e senza condizionamento fisico e/o psicologico, di sottopormi alla
rimozione del dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile e a tutte le procedure ad essa
correlate.

Autorizzo i Sanitari a mettere in atto tutte le procedure, invasive e non, finalizzate alla salvaguardia della
mia salute.

Bari ___/___/___ Firma _____ (Paziente/Tutore/Genitore)

Bari ___/___/___ Firma _____ (Medico)

Non è possibile fornire al paziente un'adeguata informazione per:

compromissione delle sue condizioni psico-fisiche stato di necessità

Si procede comunque all'esecuzione della procedura chirurgica informando i parenti che prendono atto

Bari ___/___/___ Firma _____ (Grado di parentela) _____

REVOCA DEL CONSENSO

In data ___/___/___, alle ore _____ il/la paziente, Sig./ra _____ manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra accordato.

Il/la Dr/D.ssa _____ prospetta al paziente (e alla persona indicata come di sua fiducia) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: _____

Il/la Dr/D.ssa _____ prospetta al paziente (e alla persona indicata come di sua fiducia) le possibili alternative sintetizzabili come segue: _____

Il/la Dr/D.ssa _____ propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): _____

Il/la Sig./ra _____, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico, pone le seguenti domande: _____

a cui **Sono state fornite** esaurienti risposte **NON sono state fornite** esaurienti risposte

alle ore _____ del ___/___/___ il/la Sig./ra _____

Revoca il consenso precedentemente accordato **NON revoca** il consenso precedentemente accordato

Firma del/della Paziente

Firma del Genitore/Tutore

Firma del Medico