



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
POSIZIONAMENTO DI ACCESSO VENOSO CENTRALE A INSERZIONE PERIFERICA
(PICC) A MEDIO TERMINE

Alle ore _____ del _____ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ il quale dichiara

- ☐ di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato
- ☐ rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni _____
- ☐ indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece: _____
- ☐ essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. _____; in particolare è stata fornita un'informazione dettagliata riguardo alla procedura di incannulamento di una vena periferica e successivo **posizionamento di un catetere venoso centrale a inserzione periferica (PICC) a media permanenza**.

In particolare sono stato informato che:

- Considerata la patologia da cui sono affetto, questa procedura è indicata per rendere disponibile un accesso venoso centrale immediato e duraturo, attraverso cui somministrare farmaci e/o nutrizione parenterale anche in maniera discontinua;
- La procedura comporta numerosi vantaggi, come la sicura disponibilità delle vene periferiche, la possibilità di somministrare medicinali lesivi per l'endotelio delle vene stesse, la facilità di prelievo di campioni di sangue per analisi;
- Che tale procedura, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza, si associa a un rischio, seppur basso, di **complicanze** immediate e/o tardive:
 - ✓ **Complicanze immediate** (a distanza di minuti/ore dell'impianto): puntura arteriosa, puntura nervosa, difficoltà o impossibilità a incannulare la vena, disturbi del ritmo cardiaco, ematomi locali, e altre;
 - ✓ **Complicanze tardive** (giorni/settimane dall'impianto): infezione locale, sepsi, trombosi venosa profonda, ostruzione/malfunzionamento con possibile necessità di rimozione/sostituzione del dispositivo, ad altre.
- Sono stato/a inoltre informato delle possibilità terapeutiche delle complicanze sopra descritte.
- Sono state inoltre illustrate le terapie alternative e le conseguenze di eventuali conseguenze in caso di non esecuzione di tale trattamento così sintetizzabili: _____

- *Il/La paziente è stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera*_____
- Il Paziente comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarlo/la da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile, o da un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'esame con la tecnica proposta, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore _____

- **Dichiara** che quanto sopra descritto
 - ☐ era / ☐ NON era stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.
- **Dichiara** di
 - ☐ essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente
 - ☐ non esserlo stato
- **Dichiara**, altresì, di
 - ☐ avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto
 - ☐ non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti
 - ☐ di porre le seguenti domande:

a cui ☐ viene fornita esauriente risposta ☐ NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

Acconsente ☐ **Non acconsente** ☐ al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

Autorizza ☐ **Non autorizza** ☐ inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di

tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato.

Autorizza ☐ **Non autorizza** ☐ l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsente** ☐ **Non acconsente** ☐ che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

☐ **DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO** le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

- Quindi, consapevolmente io/la stessa **Acconsente** ☐ **Non acconsente** ☐ al posizionamento proposto.

Il colloquio termina alle ore _____ del _____

Firma del Medico

Firma del paziente

FIRMA DELL'INFERMIERE IMPIANTATORE

REVOCA del Consenso

- In data _____ alle ore _____ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.
- il Medico _____ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: _____
- il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: _____
- Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): _____
- Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: _____

a cui ☐ viene fornita esauriente risposta ☐ NON viene fornita esauriente risposta

alle ore _____, il paziente

☐ Revoca il consenso precedentemente manifestato

☐ NON lo revoca

Firma Paziente _____

Firma Medico _____