



**FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
ALL'ESECUZIONE DI EMBOLIZZAZIONE (TAE)**

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> GENITORI (se paziente minorenne)	<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> FIDUCIARIO
---	--

SOGGETTO 1:

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

SOGGETTO 2:

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

CHE COSA È?

Una procedura terapeutica che utilizza radiazioni ionizzanti e che consiste nell'iniezione, all'interno del vaso da trattare (per arrestare un'emorragia o ridurre l'apporto vascolare), di agenti embolizzanti allo scopo di occludere il vaso stesso. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE?

L'embolizzazione (TAE) permette di arrestare il flusso sanguigno all'interno di una o più arterie bersaglio per bloccare un'emorragia o per togliere il supporto nutritivo ad una lesione ipervascolarizzata (neoplasie, malformazioni artero venose, ecc.).

COME SI EFFETTUA?

L'indagine inizia con l'esecuzione di un'angiografia per lo studio anatomico dei vasi bersaglio. Si realizza previa anestesia locale, mediante puntura di un'arteria (abituamente femorale comune destra o sinistra, in alternativa omerale) con inserimento di un catetere attraverso cui si inietta il mezzo di contrasto, visibile ai raggi x, grazie al quale le strutture vascolari saranno visualizzate per poter riconoscere il vaso da trattare. Quindi si introducono nella/e arteria/e che irrora la lesione o che sono responsabili dall'emorragia agenti embolizzanti (scelti a seconda dei casi dal Medico Radiologo che esegue la procedura) quali sostanze liquide (colla, alcol, trombina), solide (spongel, microparticelle) o strutture meccaniche (stent ricoperto, spirali, microspirali, tappi endovascolari). Se necessario durante la procedura potranno essere somministrati farmaci volti ad alleviare la sintomatologia dolorosa.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate sono eventi poco frequenti, possono essere:



- nausea, malessere generale, prurito o orticaria; vomito, orticaria diffusa, edema del volto e della laringe con difficoltà respiratorie, broncospasmo.
- shock ipotensivo, edema polmonare, arresto respiratorio e cardiaco, convulsioni.
- Ematoma, falso aneurisma (pseudoaneurisma) o fistola artero-venosa (collegamento diretto fra arteria e vena), dissezione o rottura dell'arteria a livello del sito di puntura con possibile embolia periferica.
- Le sostanze/particelle iniettate nei vasi a scopo terapeutico possono accidentalmente dislocarsi in altri vasi e raramente causare danni ischemici in distretti vascolari adiacenti (con disturbi correlati all'organo interessato);
- E' altresì possibile la comparsa di effetti collaterali rari ed imprevedibili, non segnalati (generalmente di lieve-media entità) e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,...).

L'equipe è in grado di fornire la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

In casi del tutto eccezionali sono riportati in letteratura (articoli scientifici) casi di decesso, in particolare correlate alle condizioni generali gravi del paziente.

RACCOMANDAZIONI POST-PROCEDURA

Non è necessaria alcuna preparazione nè interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete). Dopo la procedura si raccomanda la permanenza a letto che può variare da 12 a 24 ore.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Data ____ / ____ / _____

Firma del paziente / genitori
tutore / amministratore di sostegno / fiduciario

Firma del Medico