

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER BIOPSIA POLMONARE O PLEURICA

Egr. Signore/Signora, vi è stato proposto di sottoporvi all'esecuzione di una biopsia pleuro-polmonare. Al fine di essere chiaramente informato/a circa questa procedura vi chiediamo di leggere attentamente questo documento. Il medico è a vostra disposizione per altri eventuali chiarimenti.

**Che cos'è** La manovra consiste nell'introdurre un ago nella cavità toracica, attraverso uno spazio intercostale, per poter prelevare materiale dal polmone o dalla pleura; all'ago verrà racciordato un piccolo tubo attraverso il quale sarà possibile raccogliere il materiale

Ciò permette di :

- ottenere dei campioni da poter sottoporre ad esami specifici

**Cosa ci si deve aspettare durante la manovra ?** La procedura sarà preceduta da anestesia locale spary e ridurrà il dolore in sede di puntura. .

La vostra tranquillità e collaborazione agevolano la durata della manovra la cui durata dipenderà dalla quantità di liquido da estrarre ed in genere è nell'ordine di 2-3 minuti .

**Quali sono le possibili complicanze?** tale manovra può raramente comportare talune sporadiche complicanze:

**Emorragia:** conseguente a lesione di un vaso e può richiedere un intervento per eseguire l'emostasi

**Pneumotorace:** presenza di aria nel cavo pleurico, dovuto a lesione polmonare; può richiedere il posizionamento per qualche giorno di un drenaggio toracico.

**Infezione,** dovuta a inquinamento del cavo pleurico, può richiedere un trattamento antibiotico

**Rare lesioni da puntura di organi endotoracici:**, come pericardio, cuore, grandi vasi, diaframma; richiedono di volta in volta trattamenti specifici, ivi inclusi interventi chirurgico di correzione

Verrà seguito un piano di trattamento specifico per prevenire questi rischi, con monitoraggio dei principali parametri vitali .

Di norma non è previsto l'utilizzo di trasfusioni ematiche

I risultati attesi da questo esame non possono comunque essere completamente garantiti

In alternativa è possibile il seguente piano di trattamento:

..... vantaggi  
..... rischi .....

La mia malattia non trattata può evolvere in **persistenza del disturbo e/o aggravamento**

Sono stato informato/a che verranno osservate tutte quelle cautele dettate dalla prudenza, diligenza e perizia al fine di evitare eventi dannosi che potrebbero compromettere la mia salute e che solo in caso di reale accertata necessità, che si verificasse nel corso dell'intervento, sempre a tutela della mia salute, i Sanitari potranno adottare, secondo scienza e coscienza, tutte quelle misure e metodiche diagnostiche terapeutiche che riterranno indispensabili per la mia salvaguardia.

**CONSENSO INFORMATO PER BIOPSIA POLMONARE o PLEURICA**

Io sottoscritto/a .....nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... n. ....  
cui il Dott.....ha proposto **BIOPSIA POLMONARE o PLEURICA** nelle vesti di

- Medico di medicina generale
- Medico ospedaliero o specialista
  
- dichiaro di essere stato informato
  - della mia condizione clinica
  - della modalità di esecuzione della biopsia a scopo diagnostico
  - delle sue finalità e possibili alternative
  - di aver fornito tutti i dati a me noti sulle mie malattie pregresse e sul mio stato di salute
  - delle possibili complicanze, tra cui le più gravi possono essere il pneumotorace, lesioni organi interni ed emorragie, oltre a possibile reazione allergica ad anestetico locale e che taluni di tali eventi possono essere rarissimamente a rischio per la sopravvivenza
  - della possibilità pertanto che la condizione clinica immediatamente successiva alla procedura possa essere caratterizzata da sequele ed in particolare da necessità di intervento chirurgico o ricorso a emotrasfusione
  
- Dichiaro inoltre
  - di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenute opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti , che ho compreso e mi hanno soddisfatto.

Preso atto di ciò , in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione

- acconsento ad essere sottoposto a **biopsia polmonare o pleurica**
- non** acconsento ad essere sottoposto a **biopsia polmonare o pleurica** .....

Data.....Firma.....(Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto .....confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze

Data.....Firma.....(Medico che ha informato il paziente)

Data.....Firma.....(Medico che esegue la toracentesi)

- Le condizioni psico-fisiche del paziente non consentono una adeguata informazione, poiché il paziente è affetto da.....**  
**Si procede comunque alla procedura per motivi di necessità. I parenti vengono informati e prendono atto della situazione.**

Data.....Firma.....Grado di parentela.....