

	Pre operatorio		Mod. 0558	Pag. 1 di 2
	PROCEDURA DIAGNOSTICA ANGIOGRAFICA		Parola chiave:	Novali
			Rev. 01	del 24/10/25

FOGLIO INFORMATIVO PER IL PAZIENTE PROCEDURA DIAGNOSTICA ANGIOGRAFICA

L'ESAME ANGIOGRAFICO è stato introdotto nella pratica clinica da oltre 40 anni, ed attualmente tale indagine diagnostica ha raggiunto una larga diffusione. Essa viene eseguita introducendo un catetere in una arteria del braccio o all'inguine, dopo avere eseguito una anestesia locale: con questo catetere verrà iniettato un liquido (mezzo di contrasto) che serve per visualizzare le arterie del corpo in zone non ben visualizzabili alle indagini non invasive (ecodoppler) e/o per confermare patologie riscontrate con altre metodiche diagnostiche.



Questa indagine viene ritenuta utile ed in alcuni casi indispensabile, per programmare un intervento chirurgico di riparazione o di sostituzione dei vasi arteriosi, o un trattamento di radiologia interventistica, ed è particolarmente utile per definire il rischio e la tattica chirurgica. Durante l'indagine non avvertirò alcun dolore, salvo per la puntura locale dell'anestesista ed una sensazione di calore quando il contrasto viene iniettato.

Sono stato informato che questa indagine è gravata raramente da complicanze: le più comuni sono legate all'introduzione del catetere, che può causare ematoma locale (minore dell'1%) o una dissecazione dell'arteria (0.5%) con necessità di un trattamento chirurgico.

L'angiografia per le arterie del collo e del cranio può essere complicata da paralisi (transitorie o definitive) nello 0.5%, mentre quelle per l'aorta toracica, addominale o per le arterie renali possono essere complicate da insufficienza renale nello 0.5%.

Essendo stato edotto dei problemi sopra esposti ed avendo capito quanto mi è stato spiegato, consapevole delle possibili complicanze, avute risposte esaurienti ai miei dubbi e dopo aver letto quanto sopra, acconsento ad essere sottoposto ad esame angiografico per via arteriosa.

PROCEDURA DIAGNOSTICA ANGIOGRAFICA

Mod. 0558

Pag. 2 di 2

Parola chiave:

Novali

Rev. 01

del 24/10/25

ATTO DI CONSENSO A TRATTAMENTO CHIRURGICO

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

DICHIARO

– di essere stato informato dal Dr. _____ di essere affetto da _____

e della necessità di essere sottoposto a trattamento endovascolare di _____

- di essere stato informato dei possibili tipi di trattamenti della patologia da cui sono affetto, delle relative tecniche di esecuzione dei benefici e rischi e delle possibili complicanze di ciascuno di essi, compreso il decorso post-operatorio, le istruzioni da seguire ed i comportamenti da tenere dopo la dimissione nonché delle possibili conseguenze in caso di ritardo o rifiuto del trattamento proposto;
- di aver ricevuto, ad integrazione del colloquio, e letto una copia del foglio informativo;
- di aver avuto l'opportunità di fare domande e chiedere chiarimenti riguardo alle informazioni fornite e contenute nel suddetto foglio e di aver avuto risposte esaustive;
- di aver compreso tutte le informazioni fornite;
- di essere stato informato dei rischi legati alla mia patologia in caso di rifiuto del trattamento proposto.

ACCONSENTO

ad essere sottoposto ad procedura endovascolare di _____

Io sottoscritto inoltre (barrare la scelta):

- ☐ **ACCONSENTO** che le informazioni relative alle mie condizioni di salute ed ai trattamenti sanitari necessari siano fornite a
- ☐ **DICHIARO** di non voler ricevere alcuna informazione circa la malattia, le possibilità diagnostico-terapeutiche, i rischi, le complicanze connessi con l'intervento chirurgico.
- ☐ **ACCONSENTO** che i miei dati, nel rispetto dell'anonimato, vengano inviati a Registri scientifici e che quindi successivamente possa essere contattato per informazioni sulla mia patologia.
- ☐ **ACCONSENTO** che i dati inerenti alla mia patologia possano essere utilizzati per ricerca scientifica, intendendosi anche la riproduzione fotografica di immagini diagnostiche o di atti terapeutici quali foto e filmati intraoperatori.

Data _____

Firma del medico

Firma del paziente

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____