CASA DI CURA CITTÀ DI BRA
ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Pre Operatorio

CONSENSO ALL'INSERIMENTO DI CATETERE VENOSO PERIFERICO - MIDLINE

Mod. 0033	Pag. 1 di 1
Parola chiave:	catetere
Rev. 00	del 10/03/2026

ETICHETTA
PAZIENTE

DEFINIZIONE DELLA PROCEDURA E POSSIBILI COMPLICANZE

Il MIDLINE è un catetere venoso periferico che viene inserito, da operatori esperti, in una vena del braccio e fatto avanzare per circa 25cm fino alla vena ascellare o succlavia. Tale dispositivo Le assicurerà un accesso venoso affidabile che Le consentirà la somministrazione delle terapie necessarie compatibili con l'infusione in vene periferiche e l'esecuzione di prelievi ematici. Prima dell'inserzione del catetere verrà eseguita una piccola iniezione di anestetico locale per fare in modo che Lei non avverta dolore durante la procedura che verrà effettuata in circa 20 minuti.
Come tutte le pratiche mediche, tale procedura, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza, presenta un certo rischio di complicanze che, sebbene non frequenti, si potrebbero verificare immediatamente (ematoma locale, puntura di un nervo o di un'arteria, difficoltà o impossibilità ad incannulare la vena) ed altre durante l'utilizzo nel tempo del dispositivo stesso (infezione locale o sistemica, flebite o tromboflebite, occlusione del catetere ed altre complicanze più rare).
Nell'eventualità si manifestassero, tali complicanze verranno trattate tempestivamente.

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Ho discusso cosa comporti tale procedura, i rischi e i benefici di qualunque altro trattamento disponibile (compreso il non trattamento). Ho risposto in modo esauriente a tutte le domande e ai dubbi del paziente.

FIRMA DEL MEDICO ___________________________

FIRMA DELL'INFERMIERE IMPIANTATORE ___________________________

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

ACCONSENTO alla procedura.
COMPRENDO che non mi può essere garantito che la manovra sarà effettuata da una persona specifica. La persona che la effettuerà avrà in ogni caso l'esperienza appropriata. Prendo atto che ogni procedura oltre a quelle descritte sarà effettuata solo se vi sarà un rischio per la mia salute.
MI SONO STATE DESCRITTE le procedure aggiuntive che si potranno rendere necessarie durante il trattamento.

FIRMA DEL PAZIENTE ___________________________

Un testimone deve firmare nello spazio sotto riportato nel caso in cui il paziente non sia in grado di firmare ma abbia dato il suo consenso.

FIRMA DEL TESTIMONE _________________________

Bra, ________________

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____________________

Firma del Paziente/Tutore Legale____