

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome (paziente) _____

Data di nascita _____ Peso (kg) _____ Sesso Maschile Femminile

Esame Richiesto _____

Quesito Clinico _____

EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presenti

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergopatia trattata farmacologicamente | <input type="checkbox"/> Malattie di cuore |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia o Insufficienza Renale | <input type="checkbox"/> Malattie respiratorie (Enfisema, BPCO) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Facilità al sanguinamento/ in terapia anticoagulante
se SI, specificare _____ |

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI: SI* NO

*se SI, specificare a quali farmaci _____ e seguire la premedicazione riportata a fine modulo

Indicare i valori dei seguenti esami ematochimici:

per chi è in terapia anticoagulante gli esami devono essere eseguiti al massimo 1-2 giorni prima della procedura;
per chi non è in terapia anticoagulante gli esami possono essere eseguiti fino a 1 mese prima della procedura.

PT _____ PTT _____ INR _____ PIASTRINE _____ data degli esami: _____

PER LA DONNA: stato di gravidanza SI NO

Data _____

Timbro e Firma per esteso del **Medico Curante** o Specialista

Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto È NECESSARIO ESSERE A DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE, ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti.

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

MODALITA': la CRIOABLAZIONE consiste in una procedura mini invasiva attuata con l'introduzione, senza incisioni, sotto guida TC e/o ecografica, in anestesia locale, di una o più sonde (criosonde) al centro della lesione. Successivamente si fa scorrere del gas Argon/Azoto liquido nelle criosonde che genera una sfera di ghiaccio in grado di inglobare la lesione e determinare la necrosi definitiva del tessuto. Il successivo passaggio del gas Elio determina il riscaldamento dell'ago e di conseguenza lo scongelamento del ghiaccio. Il ciclo viene ripetuto per migliorare l'efficacia della procedura. La tecnica è già stata sviluppata in questi ultimi anni nel trattamento dei tumori renali e della prostata, con risultati soddisfacenti. Secondo i dati attualmente disponibili i rischi di complicanze di questo trattamento sono moderati: si possono verificare fenomeni emorragici (ematomi) o l'insorgenza di fenomeni flogistici che si risolvono con terapia medica. Molto rare le complicanze più gravi quali l'ustione cutanea. Il trattamento non dà garanzia della distruzione completa della lesione trattata, ma può essere ripetuto nei casi di distruzione incompleta. Al trattamento seguirà un adeguato follow up clinico strumentale.

TEMPI: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 60 minuti circa.

DOPO L'ESAME: il paziente sarà tenuto in osservazione per una decina di minuti dopo l'esecuzione dell'indagine.

EVENTI AVVERSI: nessuno, ma è possibile che si verifichi una reazione allergica all'anestesia

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig. _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di:

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine:
 Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data _____

Firma ✓ _____
 del paziente o genitore o tutore legale o
 amministratore di sostegno (nei casi previsti)

- Revocare** il consenso alla precitata procedura in data _____
 consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Data _____

 Firma del paziente o genitore o tutore legale o
 amministratore di sostegno (nei casi previsti)

PARTE RISERVATA AL MEDICO RADIOLOGO

CONSULTO CON ANESTESISTA **SI** **NO**

ACCETTAZIONE DELL'ESAME **SI** **NO** _____

(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON _____

 Firma del Medico Radiologo



*** IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MEZZI DI CONTRASTO O GRAVI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE:**

1. 24 ore prima dell'esame:

assumere 4 compresse di **PREDNISONONE** da 25mg (1 compressa ogni 6 ore) oppure 4 fiale di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena (1 fiala ogni 6 ore)

2. 3 ore prima dell'esame:

assumere 1 compressa di **DESLORATADINA** da 5 mg

3. 12 ore dopo l'esame:

assumere 1 compressa di **PREDNISONONE** da 25mg oppure 1 fiala di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena

L'esame radiologico non verrà eseguito qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non risultasse preparato secondo le prescrizioni sopra specificate.

Data _____

Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista