

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL LAVAGGIO POLMONARE TOTALE

Il/la sottoscritto/a:

nato/a: il:

SPAZIO PER EVENTUALE
ETICHETTA
IDENTIFICATIVA

dichiaro di essere stato/a informato/a in data dal dr.
DI ESSERE AFFETTO/A DA: **PROTEINOSI ALVEOLARE**

La proteinasi alveolare è una rara malattia caratterizzata dalla deposizione di grandi quantità di materiale fosfo-lipo-proteinaceo a livello alveolare con possibile evoluzione verso l'insufficienza respiratoria severa. In tali casi la terapia di scelta è rappresentata dal lavaggio polmonare con soluzione salina.

Prima di sottopormi alla procedura ho avuto un colloquio con il Medico che mi ha illustrato gli scopi e le modalità di esecuzione della procedura e gli eventuali effetti collaterali.

L'intervento verrà eseguito da uno o più dei seguenti medici: Dr Marco Biolo, Dr Pietro Geri, Dr Annalisa Busca, Dr Chiara Torregiani, Dr Alessandra Pagnin,

Il Medico cui potrà fare riferimento è il Dott.:

Descrizione della procedura:

Il lavaggio polmonare totale si esegue in Terapia Intensiva sotto monitoraggio pressorio, saturi metrico ed elettrocardiografico in sedazione/anestesia generale ed intubazione oro-tracheale. Viene inserito in tubo oro-tracheale particolare che permette di ventilare selettivamente un polmone, mentre viene eseguita la procedura di lavaggio dell'altro polmone, permettendo in tal modo la pulizia del materiale fosfo-lipo-proteinaceo in esso contenuto mediante ripetuti lavaggi con soluzione fisiologica riscaldata ed eseguita fisioterapia respiratoria per permettere la miglior fuoriuscita di tale liquido. Solitamente si eseguono due sedute in tempi diversi, per permettere il recupero funzionale del polmone sottoposto al lavaggio polmonare totale.

Indicazioni e/o vantaggi della procedura:

- Permettere la rimozione del materiale fosfo-lipo-proteinaceo presente in eccesso a livello polmonare
- Migliorare gli scambi gassosi e funzionalità respiratoria

I rischi più comuni di questo intervento sono:

Lesionidelle prime vie aeree, laringee/otrachea: che possono avvenire durante l'intubazione oro-tracheale.

Avulsione/rottura di denti: che possono avvenire durante l'intubazione oro tracheale.

Pneumotorace: presenza di aria nel cavo pleurico, dovuto a lesione polmonare. Può richiedere il posizionamento di un drenaggio toracico.

Pneumomediastino: presenza di aria nel mediastino, dovuto a lesione tracheale/bronchiale.

Il Personale Sanitario e gli ambienti dove si svolgono le procedure sono preparati al trattamento immediato di tutte le possibili complicanze.

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono:

· Mancato miglioramento/peggioremento della funzionalità respiratoria che possono evolvere fino al decesso

I possibili esiti cicatriziali dell'intervento chirurgico sono rappresentati da

Questa procedura non da esiti cicatriziali.

Mi è stato spiegato che le alternative a questo trattamento chirurgico sono:

Terapia medica, che ha meno evidenza scientifica sulla risoluzione di tale patologia, nonché richiede tempi più lunghi per una possibile guarigione/miglioramento della sintomatologia

AVVERTENZE SPECIALI:

STATO GRAVIDICO

A causa dell'eventuale impiego di raggi X dopo la procedura, è necessario informare i medici di una eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:

1. DOMANDA:

RISPOSTA:

2. DOMANDA:

RISPOSTA:

Conscio della necessità, della finalità e dei rischi che questa procedura comporta e delle conseguenze di un eventuale rifiuto. Dichiaro altresì che le informazioni fornite sono state esaurienti e hanno chiarito tutti i miei dubbi in merito alla procedura.

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** di esservi sottoposto di mia volontà.

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. ecografia, scopia con raggi X, radiografia del torace) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso.

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

Firma del paziente*:

Firma del medico: **Data:**

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e cognome del padre: Nome e cognome della madre:

Firma del padre: Firma della madre:

Data:..... Data:

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Nome e cognome dell'interprete (stampatello):

Firma dell'interprete: Documento: Data:.....

Nome e cognome del testimone (stampatello):

Firma del testimone: Documento: Data:.....

* la firma deve essere sempre apposta dal paziente, anche se minorenne