

## Foglio informativo ai pazienti per l'esecuzione di punzione diagnostica o terapeutica d'ascite

Etichetta

Protocollo informativo consegnato da:

Data:

Cara paziente,  
Caro paziente,

La preghiamo di leggere attentamente il foglio informativo **subito** dopo averlo ricevuto. Riempia il consenso informato, metta la data e firmi il documento possibilmente il giorno prima dell'esame. Se avesse domande si rivolga al suo medico curante oppure allo specialista che eseguirà l'esame (gastroenterologo).

Per lei è prevista l'esecuzione di una **punzione diagnostica o terapeutica d'ascite**. Per l'esame le alleghiamo:

- un foglio informativo
- il questionario
- il consenso informato

### Foglio informativo

Sul foglio informativo troverà spiegazioni sullo svolgimento, sugli obiettivi e sui rischi dell'esame. La preghiamo di leggerlo attentamente.

In caso di domande sulla necessità e sull'urgenza dell'esame oppure riguardo a possibili alternative o rischi legati alla procedura, la preghiamo di rivolgersi al suo medico curante che potrà rispondere alla maggior parte delle sue domande. Qualora avesse domande più specifiche, ad esempio sulla tecnica di esecuzione dell'esame, il medico specialista (gastroenterologo) potrà risponderle. In tal caso, la preghiamo di rivolgersi per tempo a noi o al medico curante.

### Il questionario:

La preghiamo di compilare il questionario allegato per il chiarimento di eventuali tendenze al sanguinamento, e di rispondere alle domande su eventuali medicinali, allergie o intolleranze. Se dovesse assumere anticoagulanti (Sintrom o Marcoumar) per fluidificare il sangue oppure fare uso regolare di Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel ecc., la preghiamo di discutere col suo medico curante l'eventuale sospensione dei medicinali sopracitati almeno una settimana prima dell'intervento. La preghiamo di portare il questionario il giorno dell'esame. La preghiamo di datare e di firmare il documento almeno un giorno prima dell'esame. Se dovessero sorgere dubbi o domande non esiti a contattare noi o il suo medico curante.

### Consenso informato

Legga con attenzione il consenso informato, apponga la data e la sua firma al più tardi il giorno prima dell'esame.

Il foglio informativo resta a lei.

Il questionario ed il consenso informato verranno conservati da noi nella sua cartella clinica.

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*

## **Foglio informativo per la punzione diagnostica o terapeutica d'ascite**

### **Perchè si esegue una punzione d'ascite?**

Nella sua pancia si trova del liquido (ascite). Per scoprirne la causa (punzione diagnostica) oppure per svuotare importanti quantità di liquido (punzione terapeutica) si eseguirà una punzione. Verranno poi eseguite analisi per determinare la composizione del liquido e l'eventuale presenza di batteri.

### **Quali preparativi sono necessari per la punzione d'ascite?**

A parte la determinazione dei parametri della coagulazione sanguigna (esami del sangue) non è necessaria nessuna preparazione particolare.

### **Capacità lavorativa e capacità di guida?**

Per l'esame è possibile che le verranno somministrati analgesici o sedativi. Dopo l'assunzione di questi medicinali non potrà condurre un autoveicolo. La preghiamo di non venire all'esame con la propria vettura ma di farsi accompagnare. Per 12 ore dopo la somministrazione dei medicinali non potrà firmare documenti con valenza legale.

### **Come si svolge la punzione d'ascite?**

Normalmente viene posata un'infusione al braccio. Con l'aiuto del sonografo viene localizzato il punto preciso della punzione. Dopo una disinfezione ed un'anestesia locale della pelle e della muscolatura si introduce l'ago di punzione nell'ascite finché non fuoriesce il liquido. La puntura dura solo pochi secondi. Nel caso di una punzione terapeutica viene lasciata una piccola canula attraverso la quale l'ascite potrà defluire nelle ore seguenti. Dopo che l'ago o la canula verranno tolti si applicherà un cerotto sul luogo di punzione e l'intervento sarà concluso.

### **Quali sono i rischi collegati alla punzione d'ascite?**

L'esame stesso ha un basso rischio di complicazioni. Malgrado venga eseguito con la massima accuratezza è comunque possibile che in alcuni casi rari vi siano delle complicazioni. In casi eccezionali queste potrebbero mettere la vita in pericolo. Da citare sono: ematomi locali o della parete muscolare (<5%), sanguinamenti nell'ascite (< 0.5%), infezioni locali della pelle (< 0.5%), lesioni di organi interni (< 0.2%). Queste complicazioni possono comportare una degenza in ospedale e molto raramente un intervento chirurgico (0,2‰).

### **Come devo comportarmi dopo l'esame?**

Dopo l'esame lei potrà ritornare a casa o nel suo reparto. Se è stata tolta una grande quantità di liquido (> 2 litri) le sarà somministrata un'infusione sostitutiva di liquidi e albumina. Se dovesse sentire dei capogiri o dovesse avere problemi di pressione, si metta a sedere e prenda qualcosa da bere. Se i disturbi non dovessero migliorare si rivolga immediatamente al suo medico curante oppure al pronto soccorso.

### **Domande sull'esame?**

Se lei dovesse avere ulteriori domande sull'esame programmato, la preghiamo di rivolgersi al suo medico curante. Se ci fossero ancora dubbi non esiti a contattare il medico specialista (gastroenterologo) che eseguirà l'esame.

### **Per domande o problemi può contattare i seguenti medici:**

Medico curante		Tel:
Gastroenterologo		Tel:

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*

## Questionario

Etichetta

### Domande sulla tendenza al sanguinamento:

si no

1. Soffre spesso di <b>sanguinamento dal naso</b> ?		
2. Soffre di <b>sanguinamento dalle gengive</b> (lavando i denti) ?		
3. Soffre di <b>ematomi</b> o piccoli sanguinamenti sulla pelle senza ferite evidenti ?		
4. Ha l'impressione di <b>sanguinare molto dopo piccole ferite</b> (ad esempio durante la rasatura) ?		
5. Per le signore: ha l'impressione di avere delle <b>mestruazioni prolungate</b> (> 7 giorni) o deve cambiare frequentemente tamponi o assorbenti igienici?		
6. Ha già avuto un <b>sanguinamento prolungato o severo</b> durante o <b>dopo un trattamento dentario</b> ?		
7. Ha già avuto un <b>sanguinamento grave o prolungato</b> durante o <b>dopo un intervento chirurgico</b> (intervento alle tonsille o all'appendice, parto)?		
8. Ha già ricevuto <b>trasfusioni sanguigne</b> durante un intervento chirurgico?		
9. Vi sono nella sua famiglia (genitori, fratelli/sorelle, figli, nonni, zii) <b>malattie legate ad una maggior tendenza al sanguinamento</b> ?		

### Domande su medicinali, allergie, malattie concomitanti:

1. Assume regolarmente <b>anticoagulanti</b> per rendere fluido il sangue (p.es. Sintrom o Marcoumar) oppure ha assunto negli ultimi 7 giorni <b>Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, ecc.</b> oppure <b>medicamenti contro l'influenza, antidolorifici o antireumatici</b> ? Se sì quali?		
2. Soffre di <b>allergie</b> (a medicinali, lattice, anestetici locali, cerotti)? Se sì quali?		
3. Soffre di <b>difetti alle valvole cardiache, di problemi cardiaci o polmonari</b> ? È in possesso di un cartellino per la <b>profilassi dell'endocardite</b> (cartellino rosso o verde) ?		
4. È portatore di un <b>pace-maker / defibrillatore</b> o di una <b>protesi metallica</b> ?		
5. Soffre di <b>problemi renali (insufficienza renale)</b> ?		
6. È <b>diabetico/a</b> ?		
7. Per le signore: è incinta oppure esiste la possibilità che vi sia una <b>gravidanza</b> in corso?		
8. Ha dei <b>denti instabili</b> , una <b>protesi dentaria</b> o una <b>malattia dei denti</b> ?		

### Il/La sottoscritto/a conferma di aver compilato il questionario in maniera completa e veritiera

Luogo, Data

Nome Paziente

Firma Paziente

.....

.....

.....

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*

## **Consenso informato** **per l'esecuzione di una punzione** **diagnostica o terapeutica d'ascite**

Etichetta

**Protocollo informativo consegnato da:**

**Data:**

Il/La sottoscritto/a conferma di aver letto e preso atto del contenuto del foglio informativo

Confermo di essere stato/a informato/a dal medico sul motivo (indicazione) della punzione diagnostica o terapeutica d'ascite. Confermo di aver compreso il modo d'esecuzione ed i rischi della punzione diagnostica o terapeutica d'ascite. Alle mie domande è stata data risposta esaustiva e soddisfacente.

( Segnare ciò che fa al caso)

Sono d'accordo con l'esecuzione della punzione diagnostica o terapeutica d'ascite

si

no

Nome paziente

.....

Firma paziente

Nome medico

.....

Firma medico

**Per pazienti che non sono in grado di rilasciare personalmente il consenso informato**

Rappresentante legale

.....

Nome medico

.....

Luogo, Data

Firma del rappresentante legale

Luogo, Data

Firma medico

.....

.....

.....

.....

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*