



**FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
ALL'ESECUZIONE DI UNA PROCEDURA DI COLANGIOGRAFIA,
DRENAGGIO, STENT, PROTESI DELLE VIE BILIARI**

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ (**Prov.** _____) **il** ____/____/____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> GENITORI (se paziente minorenni)	<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> FIDUCIARIO
---	--

SOGGETTO 1:

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ (**Prov.** _____) **il** ____/____/____

SOGGETTO 2:

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ (**Prov.** _____) **il** ____/____/____

CHE COSA È?

Sono delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche atte a visualizzare le vie biliari, identificare e trattare l'eventuale patologia. L'indagine può comportare l'utilizzo sia di una guida ecografica che fluoroscopica (che utilizza radiazioni ionizzanti). Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE?

Si tratta di una serie di interventi diagnostici e/o terapeutici percutanei sulle vie biliari per identificare e/o trattare le cause dell'ittero e delle colangiti (infezioni) o delle coliche biliari. Le vie biliari normalmente sono state precedentemente indagate con altri esami (ecografia, biopsia, TC, colangiRM, ecc.).

COME SI EFFETTUA?

Le procedure sono eseguite in anestesia locale ed eventuale analgesia sistemica e hanno durata variabile, in relazione alla complessità anatomica e all'estensione della patologia. La via biliare viene punta con un ago sottile con l'ausilio della guida ecografica e/o fluoroscopica con iniezione di mezzo di contrasto visibile ai raggi X (**COLANGIOGRAFIA**). Successivamente mediante impiego di guide e/o cateteri e' possibile effettuare:

- **DILATAZIONE** delle vie biliari a livello dell'ostruzione (stenosi) che si realizza mediante l'introduzione di un palloncino.
- **DRENAGGIO** ovvero l'inserimento di un tubicino o, se le condizioni lo consentono, di uno **STENT** di plastica o metallo oppure di uno stentgraf, che consente di evitare la permanenza di tubi di drenaggio esterni.



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico "G.Rodolico - San Marco"
Catania

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate sono rare:

Presenza di sangue nelle vie biliari (emobilia) transitoria.

- Febbre con presenza di batteri nel circolo sanguigno (batteriemia) transitoria, specie in caso di colangite infettiva.
- Dolore.
- Ematomi locali.
- Emorragie nell'addome o formazione di ematomi o falsi aneurismi, sacche di sangue comunicanti con le arterie del fegato, fistole arteroportalì e fistole artero-biliari con emorragie intestinali (feci nere, picee).
- Shock settico da disseminazione bilio-vascolare.
- Reazioni vagali con nausea, caduta della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca, pancreatite acuta di varia entità.

E' altresì possibile la comparsa di effetti collaterali rari ed imprevedibili, non segnalati (generalmente di lieve-media entità) e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici etc.).

L'equipe è in grado di fornire la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

In casi del tutto eccezionali sono riportati in letteratura (articoli scientifici) casi di decesso, in particolare correlati alle condizioni generali gravi del paziente.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria alcuna preparazione nè interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete). Dopo la procedura si raccomanda la permanenza a letto che può variare da 3 a 24 ore.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Data ____ / ____ / _____

Firma del paziente / genitori
tutore / amministratore di sostegno / fiduciario

Firma del Medico