



FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI **BIOPSIA TRANS-GIUGULARE**

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____

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

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

☐ **GENITORI**
(se paziente minorenne)

☐ **TUTORE** ☐ **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** ☐ **FIDUCIARIO**

SOGGETTO 1:

Cognome _____ Nome _____

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

SOGGETTO 2:

Cognome _____ Nome _____

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

CHE COSA È?

La biopsia transgiugulare consiste nel prelievo, mediante l'utilizzo di aghi sottili, di campioni di tessuto da analizzare in laboratorio. Il radiologo, dopo aver anestetizzato il paziente, procede con un catetere attraverso la vena giugulare interna e, una volta giunto in prossimità del fegato o del rene, preleva un piccolo frammento dell'organo. Il tessuto viene poi inviato in laboratorio per l'analisi citologica e istologica. 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?

Come tutte le biopsie, la biopsia transgiugulare ha lo scopo di raccogliere un campione da inviare in laboratorio per l'analisi istologica o citologica. Viene preferita alla biopsia percutanea quando nell'addome del paziente è presente un'ascite o quando il rischio di sanguinamento è molto elevato.

COME SI EFFETTUA?

L'indagine inizia con l'esecuzione di un'angiografia: si realizza previa anestesia locale, mediante puntura della vena giugulare interna di destra ed inserimento di un catetere insieme al quale si giunge in prossimità del fegato o del rene attraverso le vene sovra-epatiche o la vena renale. Tramite uno strumento apposito si prelevano alcuni frammenti di tessuto che verranno inviati in laboratorio per l'analisi citologica e istologica.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le possibili complicanze possono essere:

- Ematomi intraepatici
- Emobilia



- Emoperitoneo,
- Fistola artero-venosa (collegamento diretto fra arteria e vena) a livello del sito di puntura.
- Rottura del vaso
- Reazioni vagali con nausea, marcata caduta della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca
- Insufficienza renale, legata alla nefrotossicità del mezzo di contrasto iodato.
- Reazioni avverse al mezzo di contrasto o a farmaci utilizzati nel corso dell'indagine
- Sanguinamento incontrollato

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 e' 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 correlate alle condizioni generali gravi del paziente.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione di un esame angiografico (che prevede l'utilizzo del mezzo di contrasto) è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (con l'esclusione di acqua e dei farmaci abitualmente utilizzati che devono essere comunque assunti in assenza di diverse precise indicazioni).

Tuttavia, in caso di terapia in corso con farmaci anticoagulanti/antiaggreganti sarà necessario verificare opportunità circa continuazione/sospensione/variazione terapeutica secondo linee guida CIRSE o sulla base delle condizioni personali cui sarà demandata valutazione da parte del personale medico.

Dopo la procedura si raccomanda la permanenza a letto che può variare da 12 a 24 ore.

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

QUESTIONARIO SPECIFICO

La paziente dichiara all'operatore che raccoglie il presente consenso quanto segue:

- | | |
|--|---|
| • È in stato di gravidanza certa o presunta? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
|--|---|

Data ____ / ____ / ____

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

Firma del Medico