



SCHEDA INFORMATIVA PER LA TORACENTESI

DEFINIZIONE DEL TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO

La **toracentesi** è una procedura mediante la quale viene prelevato del liquido dalla cavità pleurica, collocata tra il polmone e la parete toracica. Le cause del versamento pleurico possono essere: malattie infiammatorie, infezioni, tumori primitivi e secondari, malattie croniche del cuore, del fegato e dei reni.

SCOPO DEL TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO

Due sono i motivi per cui può essere necessario rimuovere il liquido dalla cavità pleurica:

- analizzarlo mediante vari esami (fisico-chimici, microbiologici e anatomopatologici): si parla in questo caso di **toracentesi diagnostica** o **esplorativa**;
- alleviare la difficoltà respiratoria causata da un'abbondante presenza di liquido nella cavità pleurica: si parla in quest'altro caso di **toracentesi terapeutica** o **evacuativa**.

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEL TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO

La **toracentesi** viene eseguita dal Medico, assistito da un Infermiere/a, in corso di ricovero ordinario o in day-hospital. Il paziente viene fatto sedere sul letto, leggermente piegato in avanti; dopo aver disinfettato accuratamente ed anestetizzato la cute in corrispondenza della parte inferiore di uno degli emitoraci, si inserisce un ago monouso nella cavità pleurica in corrispondenza di uno spazio intercostale alla profondità necessaria per raggiungere il liquido da drenare.

- Nel caso della **toracentesi diagnostica** si preleva la quantità di liquido necessaria per effettuare gli esami predisposti; campioni del liquido prelevato vengono poi inviati in Laboratorio e in Anatomia Patologica.
- Nel caso della **toracentesi terapeutica** si preleva la maggior quantità possibile di liquido pleurico.

NB: le due procedure si eseguono in successione; qualora la diagnosi sia già stata definita, si può effettuare la sola **toracentesi terapeutica**.

DESCRIZIONE DEL NORMALE DECORSO DEL TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO

Dopo la rimozione dell'ago viene applicata una medicazione sterile ed eventualmente un bendaggio adesivo. Se la procedura è stata effettuata in day-hospital, il paziente può essere dimesso e inviato a casa, ma solo dopo aver verificato che le sue condizioni si mantengano stabili.

POSSIBILITÀ E PROBABILITÀ DI RISULTATI CONSEGUIBILI CON IL TRATTAMENTO

- Nel caso della **toracentesi diagnostica**: diagnosi della causa del versamento pleurico.
- Nel caso della **toracentesi terapeutica**: miglioramento delle condizioni cliniche e della funzione respiratoria.

RISCHI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI (COMPLICANZE)

La **toracentesi** può comportare i seguenti rischi:

- sanguinamento: durante l'introduzione dell'ago è possibile che venga lesa accidentalmente un piccolo vaso sanguigno; il sanguinamento di solito si arresta spontaneamente; in alcuni casi può dare origine ad un ematoma; raramente il sanguinamento è tale da rendere necessario un drenaggio toracico o un intervento chirurgico;
- collasso polmonare: durante l'introduzione dell'ago raramente si può pungere il polmone; la perforazione può essere minima e rimarginarsi rapidamente; se è rilevante, l'aria può penetrare nel cavo pleurico e causare uno pneumotorace o collasso del polmone;
- infezione;



- edema polmonare da riespansione, solitamente dovuto ad una rapida rimozione di più di 1 litro di liquido pleurico;
- sincope vasovagale (svenimento);

Raramente osservati:

- perforazione della milza e del fegato, dovuta a inserimento basso o insolitamente profondo dell’ago;
- emboli aerei.

Non si escludono altri esiti o complicanze eccezionali riportate dalla letteratura internazionale.

EVENTUALI POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTI SANITARI ALTERNATIVI

Non vi sono trattamenti alternativi; tuttavia, la **toracentesi**, anziché a cielo coperto, può essere effettuata sotto guida ecografica; la procedura così effettuata consente:

- di drenare anche piccole quantità di liquido pleurico a scopo diagnostico;
- di effettuare un drenaggio più completo;
- di evitare la perforazione accidentale di altri organi.

CONSEGUENZE DEL RIFIUTO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA

- Nel caso della **toracentesi diagnostica**, mancata diagnosi della causa del versamento pleurico, con conseguente impossibilità ad effettuare la terapia appropriata.
- Nel caso della **toracentesi terapeutica**, peggioramento delle condizioni cliniche per progressivo aggravamento della difficoltà respiratoria.

INDICAZIONI DI MASSIMA PER IL PAZIENTE

Se la procedura viene effettuata in day-hospital, sarebbe opportuno che il paziente venisse accompagnato da un parente o da un conoscente.

Il paziente ha richiesto le seguenti informazioni/spiegazioni sul trattamento sanitario proposto e/o sul contenuto della scheda:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data: ____/____/____

Nome e cognome del paziente.....

Firma.....



CONSENSO INFORMATO

PARTE 1: DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

Cognome e nome _____
Nato/a a _____ il ____/____/____

In caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale: dati del legale rappresentante

Cognome e nome _____
Nato/a a _____ il ____/____/____

NB: va allegata la documentazione (es.: autocertificazione) che indica i poteri del legale rappresentante

PARTE 2: DATI SANITARI (a cura del medico)

Motivazioni per cui viene effettuato il trattamento (diagnosi o condizione clinica):

Trattamento sanitario proposto

PARTE 3: ESPRESSIONE ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO

Paziente

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

Di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sul trattamento sanitario proposto attraverso la scheda informativa per TORACENTESI ed il colloquio con un medico dell'equipe; di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento sanitario proposto;

di (barrare la scelta): ACCETTARE NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento sanitario proposto.

Sono inoltre consapevole dell'importanza di osservare puntualmente le indicazioni ricevute sui comportamenti e gli accorgimenti (anche successivi) da adottare per il buon esito del trattamento sanitario proposto.

Osservazioni (specificare eventuali misure che si intendono rifiutare)

Data: ____/____/____

Firma/e ^(cfr parte 1) _____

Medico

Dichiaro di aver fornito l'informazione sul trattamento sanitario proposto e acquisito il consenso secondo quanto previsto dalla procedura aziendale.

Data: ____/____/____

Timbro e firma del medico _____



A. S. L. “NO”- NOVARA
Dipartimento Area Diagnostica e Servizi – SC Radiologia
Direttore dott. G. Sessa

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO
di voler revocare il consenso

Firma/e^(cfr. parte 1) _____