

DIPARTIMENTO DI DAY SURGERY

Responsabile Dr. Pasquale Piazzolla

DIPARTIMENTO DI U.F. UROLOGIA

Responsabile Dr. Carmelo Morana

Tel. 0422 896722

INFORMATIVA E CONSENSO AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANS-RETTALE ECOGUIDATA

Gentile Signore,

per consentirLe una migliore comprensione della procedura che le è stata proposta dal Medico Urologo la invitiamo a leggere il presente testo informativo predisposto con lo scopo di illustrarLe le modalità di esecuzione della biopsia prostatica transrettale ecoguidata. Questo le permetterà di comprendere maggiormente quanto Le è stato già stato verbalmente illustrato dal suo Medico Urologo e verificare se necessita di eventuali chiarimenti da esporre anche nei successivi colloqui.

La biopsia prostatica si rende necessaria nei casi di sospetta neoplasia della prostata.

Il sospetto clinico può essere basato sulla presenza di valori aumentati di PSA (Antigene Prostatico Specifico) e/o sul riscontro, all'esplorazione rettale, di reperti dubbi.

La procedura consente di prelevare una serie di frustoli prostatici che vengono inviati al patologo per l'osservazione microscopica e la formulazione di una diagnosi (esame istologico).

La biopsia prostatica trans-rettale ecoguidata viene eseguita in ambulatorio.

Il paziente viene posto su di un apposito lettino in posizione laterale. Viene inserito un ago cannula in una vena del braccio che permette un rapido trattamento di eventuali problemi insorgessero durante la manovra.

La prima fase della procedura prevede l'introduzione di una sonda ecografica nel retto per visualizzare la prostata, le vescichette seminali, la vescica.

L'immagine ecografica della vescica consente di misurare il volume della ghiandola, di valutare l'eventuale presenza di zone sospette visibili e di guidare l'ago nelle diverse zone da cui si vuole ottenere un prelievo.

Il prelievo viene eseguito, previa anestesia locale, attraverso l'utilizzo di un ago "Tru Cut" che viene introdotto all'interno del tessuto da una pistola a scatto.

Le rapide escursioni di questa pistola riducono al minimo la sensazione di dolore o fastidio.

Per minimizzare ulteriormente il dolore, il Medico Urologo effettua l'infiltrazione locale di un farmaco anestetico con un ago sottile sotto guida ecografica nella regione localizzata attorno alla prostata.

L'ago da biopsia raggiunge la prostata attraverso il retto. Vengono prelevati frustoli a livello dell'apice, della zona media e della base della zona periferica della prostata.

Il numero di prelievi varia in funzione del volume della ghiandola prostatica da un minimo di 8 ad un massimo di 20.

Durante la procedura il paziente può avvertire fastidio fino a sensazione dolorosa nonostante l'eventuale anestesia locale.

Raramente si può verificare una transitoria diminuzione della pressione arteriosa con sudorazione e sensazione di svenimento, in tal caso tramite l'accesso venoso stabilito preventivamente si somministrano liquidi e talvolta farmaci. Eccezionale è la comparsa di reazione allergiche all'anestetico locale.

Al termine della procedura, o nei giorni seguenti, una rara complicanza può essere rappresentata dall'impossibilità di svuotare spontaneamente la vescica (ritenzione urinaria). In tal caso si renderà necessario il posizionamento di un catetere vescicale che potrà essere tenuto in sede qualche giorno.

Per alcune settimane dopo la biopsia è possibile assistere alla perdita di sangue dal retto, emissione di sangue con le urine o presenza di sangue nel liquido seminale (quest'ultima può persistere anche un mese dopo la biopsia).

Rare complicanze possono essere rappresentate da un importante sanguinamento nelle urine e dall'infezione delle vie urinarie associata a febbre alta che comportano la necessità di un ricovero ospedaliero in meno dell'1% dei casi.

In caso di sanguinamenti profusi, febbre elevata (maggiore di 38°C), difficoltà a urinare e in ogni caso di necessità avvisare l'ambulatorio (tel. 0422 896562) o il reparto (tel 0422896422).

CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE

Io sottoscritto/a.....
nato/a a..... il.....
confermo di aver avuto in data odierna un colloquio informativo con il dottor.....
il quale dopo avermi informato in ordine alle mie condizioni di salute precisando.....

(INSERIRE UNA BREVE DISCREZIONE DELLE PROBLEMATICHE)

mi ha spiegato che è opportuno intraprendere la seguente procedura diagnostico-terapeuica:

A tal proposito - al fine di autodeterminarmi in modo libero e pienamente consapevole - sono stato informato/a, in modo completo in ordine:

- alla mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- al trattamento piu adeguato, ai tempi e alle modalita di esecuzione;
- ai potenziali benefci del trattamento•
- alle possibili complicazioni, ai rischi e ai relativi ulteriori interventi medici;
- alle possibilità di insuccesso;
- ai rischi particolari legati al mio caso
- al disagio che potrebbero veriticarsi in seguito al trattamento;
- ai tempi e alle modalità di recupero;
- alle eventuali opzioni alternative alla procedura intervento propostami; compresa la non esecuzione, e gli annessi rischi e benefici;

alla possibilita di rifiutare in tutto o in parte di ricevere le intormazioni - ed in tal caso nessun trattamento potra essere iniziato o proseguito poche privo del consenso libero e intormato - ovvero di indicare un familiare o una persona di mia fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in mia vece;

Confermo inoltre:

di aver letto e compreso tutte le informazioni contenute nella scheda informativa tecnica, anche con riferimento ai trattamenti infermieristici normalmente collegati e connessi:

di aver compreso tutte le informazioni relative alla procedura a cui devo essere sottoposto

- Di avere avuto la possibilita di fare domande sul trattamento propostomi e che il medico si è reso disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti con particolare riterimento a.....

- Di essere stato informato della possibilita di revocare, in qualsiasi momento, Il mio consenso qualora non voglia Dlu proseguire la cura.

1) presto il consenso e intendo dunque liberamente e coscientemente sottopormi al trattamento consiglatomi avendo ricevuto le informazioni necessarie per valutarne l'opportunità:

2) non presto il consenso e non intendo dunque sottopormi al trattamento consiglatomi pur avendo ricevuto le informazioni necessarie per valutarne l'opportunità:

**Firma del Paziente
o del Tutore/Amministratore di sostegno*
o del Delegato****

Firma del medico proponente/esecutore

Sottoscritto in data.....

* allegare atto di nomina

** allegare Allegato 15 delega dell'informazione e al consenso