

Foglio informativo per la procedura di posizionamento o rimozione di dispositivo di accesso vascolare (DAV)

Gentile Signora/e,

questo Foglio Informativo è stato realizzato per fornire alle persone che devono intraprendere un percorso di cura una serie di informazioni utili per affrontare con maggiore consapevolezza l'impegno che le attende.

Un'adeguata informazione e un colloquio con i medici che La prenderanno in cura sono una solida premessa per il successo della procedura di seguito descritta.

Sarà cura del medico di riferimento illustrarLe i contenuti del presente Foglio Informativo e chiarire eventuali dubbi, rispondendo alle richieste di approfondimento di cui dovesse avere bisogno.

1. Nome, indicazione clinica e descrizione del trattamento diagnostico-terapeutico proposto

Posizionamento / Rimozione dispositivo di accesso vascolare (DAV). Il DAV è un dispositivo medico a forma di tubicino, realizzato in materiali biocompatibili, che consente l'accesso ai vasi sanguigni per effettuare prelievi, somministrare farmaci, eseguire terapie o monitorare parametri vitali. Gli accessi vascolari possono essere posizionati in vene periferiche di piccolo calibro a livello delle braccia (ago cannula standard, mini-midline o ago cannula lunga, midline) o in vene centrali di calibro maggiore a livello di collo, torace, braccio o inguine. Alcuni dispositivi possono essere tunnellizzati sottocute e/o avere un serbatoio impiantato (Port-a-Cath).

2. Possibili risultati conseguibili

Gli obiettivi principali sono:

- garantire un accesso venoso continuo, stabile e affidabile;
- ridurre il numero di punture ripetute, proteggendo le vene superficiali;
- permettere infusioni prolungate o di farmaci irritanti/vescicanti che non possono essere somministrati per via periferica;
- ridurre il rischio di complicanze locali (flebiti, stravasi);
- migliorare la qualità della sua vita, evitando ricoveri o manovre ripetute.

3. Possibili complicanze note in letteratura

Sebbene le complicanze siano infrequenti e il personale sia adeguatamente formato per eseguire queste procedure con la massima sicurezza, ogni procedura medica comporta dei rischi:

- **Frequenti (<1/100):** dolore locale, ematoma, piccole infiammazioni delle vene (flebiti), difficoltà di posizionamento, occlusione del catetere.
- **Non comuni (1/100 - 1/1000):** infezioni locali, trombosi venosa, dislocazione accidentale.
- **Rare (1/1000 - 1/10000):** puntura arteriosa, aritmie da contatto con il cuore, pneumotorace o emotorace (nei CVC toracici).
- **Molto rare (>1/10000):** embolia gassosa, rottura catetere con migrazione di frammento, lesioni nervose gravi, morte.

In caso di complicanza, il personale attiverà immediatamente le cure necessarie.

4. Rischi specifici per il paziente oggetto dell'intervento

Il rischio dipende anche dalla sua situazione personale al momento della procedura. Saranno valutati attentamente:

- eventuali terapie anticoagulanti o antiaggreganti, che talvolta vanno sospese;

Il presente documento è proprietà dell'Azienda ULSS 9 Scaligera ne è vietata ogni forma di divulgazione non espressamente autorizzata

UOC Anestesia e Rianimazione
Ospedale di Villafranca di Verona -
Direttore: Dott. F. Righetti -

- disturbi della coagulazione (naturali o acquisiti);
- precedenti trombosi, infezioni o interventi chirurgici;
- condizioni particolari (es. insufficienza renale cronica, obesità, fragilità venosa).

5. Tempi di recupero attendibili ed eventuali ricadute sull'attività lavorativa e/o nell'ambito della vita familiare o sociale

La scelta del dispositivo e la sua sede di impianto vengono valutati sulla base dell'impatto che possono avere sulla sua vita familiare, lavorativa e sociale. Tuttavia, è necessario abituarsi al nuovo dispositivo prestando particolare attenzione ad eventuali movimenti o attività che comportino trazioni sul dispositivo.

In particolare:

- **Prime 24–48 ore:** può avvertire fastidio o dolore al sito di inserzione; in genere non è necessario ricovero.
- **1–2 settimane:** è importante rispettare le indicazioni igieniche e di mobilizzazione, evitando movimenti bruschi e sforzi intensi.
- **3–6 settimane:** graduale ripresa di attività quotidiane e sociali, con cautela.
- **2–3 mesi:** recupero completo anche per attività manuali pesanti.

Nelle attività lavorative:

- lavori sedentari possono essere ripresi dopo 1–2 settimane;
- lavori fisici pesanti richiedono almeno 4–6 settimane di cautela;
- ambienti a rischio infezione (es. ospedalieri) richiedono protezioni aggiuntive.

Anche vita sociale, familiare e sessuale potranno riprendere gradualmente, con attenzione alle prime settimane.

6. Possibili esiti del non trattamento o del ritardato trattamento

In caso di mancato/ritardato trattamento si possono incontrare le seguenti problematiche:

- Difficoltà nella somministrazione di terapie essenziali (chemioterapia, antibiotici, nutrizione).
- Maggior rischio di flebiti e trombosi da punture ripetute.
- Necessità di soluzioni alternative più invasive o rischiose (fistola artero-venosa, accessi intraossei).
- Progressione della malattia e peggioramento prognostico.
- In situazioni critiche, aumento del rischio di mortalità per mancata somministrazione tempestiva delle cure.

7. Idoneità dell'Unità Operativa ad eseguire il trattamento e indicazione di eventuali centri specializzati

Presso l'**UOC di Anestesia e Rianimazione Ospedale di Villafranca di Verona** vengono eseguiti in media oltre 700 procedure di posizionamento o rimozione DAV/anno da parte di personale medico e infermieristico appositamente formato.

Per procedure particolarmente complesse o in caso di situazioni cliniche che necessitino di competenze specifiche non presenti nella nostra struttura potrà essere valutato l'invio a **centri di riferimento** con maggiore disponibilità di consulenze multidisciplinari.

Direttore UOC di Anestesia e Rianimazione: *Dott. F. Righetti* -
Referente medico accessi vascolari: *Dott.ssa Sabrina Gazzani*
Referente infermiere accessi vascolari: *Inf. Daniela Pozzani*
Coordinatore infermieristico: *Inf. Paola Framba*

UOC Anestesia e Rianimazione
Ospedale di Villafranca di Verona -
Direttore: Dott. F. Righetti -

Per Contatti e Programmazione

☎ tel. 045 633 8197 / 8279

✉ email: accessivascolarivillafranca@aulss9.veneto.it

8. Possibili alternative terapeutiche

- Catetere venoso periferico (CVP) per terapie brevi.
- Terapie orali o sottocutanee, se disponibili.
- Accesso intraosseo (solo in emergenza e temporaneo).
- Fistola artero-venosa, nei pazienti con insufficienza renale cronica.
- PEG

Le ricordiamo che può rivolgere al medico di riferimento **richiesta di approfondimento o di chiarimento**, sia al momento del colloquio informativo sia in seguito, prima dell'effettuazione del trattamento diagnostico-terapeutico.

Le ricordiamo, infine, che è possibile **revocare il consenso** in qualsiasi momento prima della procedura proposta senza alcuna conseguenza sull'assistenza che le sarà comunque garantita.

Il consenso può essere espresso anche tramite videoregistrazione o con ausili idonei in caso di disabilità comunicative, come previsto dall'art. 1 L.219/2017

Firma di avvenuto ricevimento del Foglio Informativo

☐ Persona assistita

☐ incaricato/tutore/amministratore di sostegno

X

Data/...../.....

Firma medico che ha provveduto ad informare e consegnare il Foglio Informativo

X

Data/...../.....

NB: Il presente modulo deve essere allegato al modulo di espressione del consenso e fa parte integrante della documentazione clinica del paziente

Questo Foglio Informativo è stato redatto in conformità alle procedure aziendali ed approvato dal Direttore del Dipartimento Interaziendale Strutturale Emergenza Urgenza (Dr. M. Carlini)

Parte A - Modulo per l'espressione di consenso al posizionamento, sostituzione o rimozione di dispositivo di accesso vascolare

Nome e Cognome

Nato/a a

Il

Etichetta

- Dichiaro di essere stata/o informata/o dal dr. _____ che verrò sottoposta/o ad intervento di ☐ posizionamento; ☐ sostituzione; ☐ rimozione chirurgica di accesso vascolare ☐ CICC; ☐ PICC; ☐ Midline; ☐ Mini-midline; ☐ CVP; ☐ CVC temporaneo per dialisi; ☐ CCT dialisi; ☐ CCT oncologia; ☐ Port per _____
- Mi sono stati spiegati i motivi per cui la procedura diagnostico-terapeutica risulta indicata. Nel corso del colloquio mi sono state illustrate le modalità di esecuzione e mi sono stati indicati rischi, possibili complicanze ed eventuali alternative terapeutiche. Le suddette informazioni sono riassunte in un foglio informativo, che mi è stato consegnato e che dichiaro di aver letto e compreso.
- Sono stata/o inoltre informata/o che nel corso della procedura diagnostica o del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro clinico diverso da quanto previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese e tali da rendere opportuno o necessario procedere all'effettuazione di ulteriori interventi diagnostico-terapeutici differenti da quelli previsti e condivisi.
- Nel corso del colloquio ho ricevuto e compreso le precisazioni e i chiarimenti da me richiesti e relativi al percorso diagnostico / terapeutico indicato.

Il consenso può essere espresso anche tramite videoregistrazione o con ausili idonei in caso di disabilità comunicative, come previsto dall'art. 1 L.219/2017.

Se donna in età fertile: stato di gravidanza ☐ sì ☐ no ☐ non noto

Pertanto

☐ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

ad essere sottoposta/o alle procedure sopra indicate

Il colloquio informativo per la valutazione del consenso/dissenso al trattamento si è svolto alla presenza e con il supporto di:

Cognome

☐ Parente

Nome

☐ Mediatore culturale

Data di nascita

☐ Interprete

Firma del paziente / tutore legale

Firma del medico

X

Data _____ ora _____

Parte B - Impossibilità di raccolta del consenso

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____

Il _____

Etichetta

Io sottoscritto/a Dr. _____ dichiaro che il giorno _____ alle ore _____ ho rilevato l'impossibilità di acquisire il consenso alla procedura da parte della persona assistita a causa di:

- ☐ Incapacità temporanea dovuta a
- ☐ Deficit cognitivi che non permettono la comprensione delle informazioni

Il/la paziente è in pericolo di vita e non è pertanto possibile attendere l'espressione del consenso da parte del suo fiduciario o del suo rappresentante legale, configurandosi lo stato di necessità.

Nel diario clinico è riportato il colloquio avuto con i familiari relativamente alla situazione clinica del/della proprio/a congiunto/a. Sono altresì indicate le motivazioni che rendono necessaria l'esecuzione della procedura.

Data _____ ora _____

Firma del Medico _____

Parte C - Revoca del consenso

Io sottoscritto/a Dr. _____

dichiaro che il giorno _____ alle ore _____

ho rilevato l'impossibilità di esecuzione di ☐ posizionamento ☐ sostituzione ☐ rimozione di accesso
vascolare concordato con il/la paziente _____

perché:

- ☐ il consenso è stato revocato verbalmente dal paziente stesso
- ☐ il consenso è stato revocato per iscritto da parte del paziente stesso
- ☐ il paziente non si è presentato all'appuntamento e ne ho verificato il motivo

Data _____ ora _____

Firma del Medico _____

Parte D - Modulo per la delega a ricevere informazioni ed esprimere il consenso in vece della persona assistita

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

nato/a il _____ a _____

ai sensi dell'art.1, comma 3 della legge 219/2017, dichiaro di rifiutare di conoscere le mie condizioni di salute e di essere informato/a riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Pertanto,

indico il Sig./la Sig.ra (Cognome e Nome) _____

nato/a il _____ a _____

☐ Familiare

☐ Persona di mia fiducia

a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso / dissenso in mia vece in merito al seguente trattamento sanitario: _____

Data, ora e firma della **persona assistita**

Data _____ Ora _____ Firma _____

Data, ora e firma della **persona delegata** a ricevere informazioni ed esprimere il consenso.

Data _____ Ora _____ Firma _____

L'assenso o l'eventuale rifiuto a ricevere informazioni e ad esprimere il consenso devono essere indagati ogni qualvolta si propone un ulteriore trattamento