



UOSD ANESTESIA

PRESIDIO OSPEDALIERO
G.B. GRASSI

Via Passeroni, 30 - 00122 Roma
Tel. 06 56482173 fax 06 56482172

e-mail: segreteriaanestesia.rianimazione@aslroma3.it



REGIONE
LAZIO

CONSENSO INFORMATO (parte 1)
AL POSIZIONAMENTO DI ACCESSI VASCOLARI
(PORT, CVC, PICC, MIDLINE)

DATI IDENTIFICATIVI (a cura del reparto richiedente)

Paziente:

Nato/a ila.....

Ricoverato presso il reparto di:
.....

Dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale):
.....

Nato/a ila.....

Accesso vascolare proposto:

- PORT** **CVC** **PICC** **MIDLINE**

Il PORT è un dispositivo che si colloca in una piccola tasca sottocutanea e previo un cateterino inserito in un vaso del collo (v. giugulare interna) permette la somministrazione di farmaci. Il CVC è un cateterino inserito in un vaso del collo (v. giugulare interna, in alternativa la v. succlavia) e permette la somministrazione di farmaci. Il PICC è un cateterino inserito da una vena del braccio ed arriva fino all'atrio destro e permette la somministrazione di farmaci. Il MIDLINE è un cateterino inserito da una vena del braccio ed arriva fino all'altezza dell'ascella e permette la somministrazione di farmaci. - Le complicanze, con l'inserimento mediante guida ecografica, sono rarissime e si limitano a pneumotorace (0.2-2%) in caso di inserimento in v. succlavia.

Dichiaro di aver fornito al paziente informazioni sull'atto sanitario proposto.
Il medico della struttura cui potrà fare riferimento è il dr.
.....

L'infermiere di riferimento della struttura è:

Data.....

Timbro e firma del medico del reparto.....

UOSD 4005



ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO (parte 2)

LA PRESTAZIONE SARA' ESEGUITA DAL Dr.

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dal Dr.

e di aver compreso la patologia da cui sono affetto/a e la procedura che mi è stata proposta.

Ho inoltre compreso tutte le informazioni riguardanti i vantaggi, le alternative e le complicanze della procedura.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Recepita l'informazione sulla procedura indicata,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data

Firma del paziente

AUTORIZZO / NON AUTORIZZO l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure
addizionali ritenute opportune durante l'intervento, nel solo interesse della mia salute e della
migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel
modo più esaustivo le condizioni intraoperatorie che le hanno motivate.
EVENTUALI NOTE AGGIUNTIVE

.....

Data,

Firma del paziente.....