ASL SALERNO
Azienda Sanitaria Locale Salerno

P.O. "A. TORTORA"PAGANI
U.O.C. Chirurgia Generale ed Oncologica - Direttore: Dr.Renato Giordano
Unità Epatologia Interventistica - Resp. Dr. L. Tarantino Tel. 081/9213587

CONSENSO INFORMATO A PROCEDURA DI

ECT (ELETTROPORESI REVERSIBILE)

DI NEOPLASIA EPATO-BILIO-PANCREATICA

Io sottoscritto/a…….
ricoverato/a presso la Divisione di Chirurgia dell'Ospedale S. Giovanni di Dio dell'ASL NA 2 Nord – Frattamaggiore (NA) in regime di Ricovero Ordinario/ Day Hospital per il trattamento della seguente patologia:
NEOPLASIA MALIGNA AVANZATA DEL FEGATO /PANCREAS
erudito/a circa la natura della patologia in oggetto, gli esami diagnostici e il trattamento proposto,

dichiaro di condividere l'indicazione alla seguente procedura :

- **ABLAZIONE ECOGUIDATA MEDIANTE ELETTROPORESI REVERSIBILE (ECT) con infusione di Bleomicina**

e dichiaro quindi di accettare di sottopormi a tale procedura.

Dichiaro inoltre di essere stato edotto/a circa le possibili sequele e complicanze, che potrebbero derivare dall'intervento suddetto in meno del 4% dei casi e possono determinare gravi conseguenze in meno dell'1% dei casi e che sono : **dolore, iperpiressia , aritmie cardiache , emorragia intraperitoneale ed epatica, emobilia, emotorace, versamento pleurico, ascesso, insemenzamento, decesso .**
Dichiaro di essere informato che , è possibile, anche in caso di procedura eseguita correttamente, che i risultati siano scarsi o solo parziali e possa essere necessario ripetere la stessa o un'altra procedura terapeutica per ottenere i risultati prefissati .
Informato/a inoltre dei rischi generici e specifici relativi alle mie condizioni di salute,
DICHIARO di accettarli, liberando l'equipe medico-chirurgica della responsabilità di tali rischi.

Concedo il **CONSENSO INFORMATO** al Dott. …….

Firma del paziente
(o suoi familiari in caso di minorenni)

_____

Firma del medico

_____

Firma del familiare

_____