

<b>Az. Osp. – Univ. Pisana</b> DAI di Radiodiagnostica e Radiol. Vasc. e Interv. e Medicina Nucleare U.O. Neuroradiologia	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b> <b>BIOPSIA VERTEBRALE</b>	<b>6903 - T.01*</b> Rev. 00 del 20/05/2014 Pag. 1 di 1
--	--	---

**SEZIONE INFORMATIVA**

**Che cos'è e a cosa serve?**

La biopsia vertebrale è una metodica diagnostica finalizzata ad accertare la natura patologica o non di una lesione della vertebra.

**Come si esegue?**

Viene eseguita in anestesia locale mediante l'inserimento nel corpo vertebrale, sotto controllo radioscopico o TC guidato, di un ago metallico di calibro adeguato che consente il prelievo di un frustolo di tessuto osseo.

**Quali possono essere i rischi e le complicanze?**

La procedura descritta comporta l'impiego di raggi X, che è sconsigliato nel caso di donne in gravidanza in quanto potrebbe provocare danni nel nascituro. Possibili complicanze prevedibili sono: ematoma al sito di accesso e lungo il tragitto dell'ago, emorragia, infezioni.

**Quali sono le conseguenze della mancata sottoposizione al trattamento sanitario consigliato?**

Comporta l'impossibilità o un ritardo nel formulare una diagnosi e quindi nel provvedere al trattamento terapeutico più idoneo.

**Dopo l'esame/intervento**

E' necessario riposo per almeno 1 ora in posizione sdraiata.

**SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO**

Io sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

**dichiaro di:**

- aver letto la sezione informativa,
- aver richiesto ulteriori informazioni al medico,
- aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità e gli eventuali rischi dell'esame e pertanto **acconsento a sottopormi a questa procedura,**
- essere consapevole che nel corso del trattamento si possono verificare condizioni impreviste (frattura del peduncolo vertebrale, lesione di una struttura nervosa) che necessitano di procedure diverse da quelle contemplate e acconsento, pertanto, all'esecuzione di ulteriori interventi o trattamenti terapeutici che i medici considerino necessari
- essere stato informato delle conseguenze negative per la salute a cui mi esporrò nel caso in cui non mi sottoponga al trattamento sanitario consigliatomi,
- essere stato informato che in ogni momento posso revocare il consenso.

**SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DISSENSO**

**dichiaro di:**

- aver letto la sezione informativa,
- aver richiesto ulteriori informazioni al medico,
- aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità e gli eventuali rischi dell'esame e le complicanze che ne possono derivare e **pertanto NON acconsento a sottopormi a questa procedura. Dichiaro infatti espressamente e consapevolmente di non volere accettare in alcun modo il rischio delle conseguenze negative sulla mia salute che ne potrebbero derivare, preferendo invece espormi alle conseguenze comunque negative per la mia salute derivanti dalla mancata effettuazione del trattamento sanitario consigliatomi,**
- essere stato informato che in ogni momento posso revocare il dissenso.

**Data e firma del paziente o del legale rappresentante<sup>1</sup>**

**Dichiaro di non essere in stato di gravidanza (firma)**

**Data, firma e timbro del medico**

<sup>1</sup> In caso di paziente minorenne devono firmare entrambi i genitori.  
 \* Modello redatto in conformità alla I.A.01 "Acquisizione del consenso informato".