



CONSENSO INFORMATO ALLE INDAGINI O AL TRATTAMENTO SCLEROTERAPICO

PROFESSIONISTA RESPONSABILE: _____

TITOLO: **MEDICO CHIRURGO FLEBOLOGO E CHIRURGO VASCOLARE**

■ SCLEROTERAPIA MEDIANTE SCHIUMA E/O MICROSCLEROTERAPIA

I benefici previsti:

Scleroterapia mediante schiuma ecoguidata:

per chiudere le vene target (mediante iniezione di un irritante chimico che causa una marcata infiammazione) riducendo così il reflusso venoso.

Microscleroterapia:

per ridurre o rimuovere i “capillari rotti” (telangiectasie)

Rischi:

- Con la scleroterapia non esiste un risultato perfetto
- Potrebbero essere necessarie sessioni multiple
- Qualsiasi area di “sangue intrappolato” potrebbe richiedere una evacuazione due o più settimane dopo il trattamento e in alcuni casi potrebbe essere necessario eseguire l’evacuazione più volte
- La scleroterapia induce un miglioramento solo dopo 2 o 3 mesi e il miglioramento può continuare fino a 18 mesi dopo il trattamento
- I migliori risultati estetici della scleroterapia si ottengono solo con una buona compressione elastica, che deve essere indossata continuamente dal giorno dell’iniezione fino alla visita di controllo
- I risultati sono migliorati e le complicanze e le complicanze si riducono se le calze a compressione graduata vengono indossate per 14 giorni (**giorno e notte**) dopo il trattamento, come indicato
- 80 persone su 100 ottengono un risultato molto buono o un risultato eccellente
- 15 persone su 100 ottengono un miglioramento abbastanza buono ma hanno piccoli difetti che potrebbero richiedere ulteriori trattamenti o più tempo per lasciare che l’infiammazione si spenga
- 5 persone su 100 possono sviluppare una macchia rossa, una macchia marrone o un’ulcera che potrebbe guarire con una cicatrice permanente
- 15 persone su 100 possono sviluppare una macchia rossa (Matting) e una infiammazione che potrebbero persistere per oltre un anno
- Nessun trattamento venoso può impedire la formazione di nuove vene anomale in futuro
- Anche se le teleangiectasie attualmente presenti saranno trattate con la microscleroterapia, nuovi capillari potranno continuare a svilupparsi in futuro e potrebbero necessitare di ulteriori trattamenti
- La schiuma sclerosante può indurre emicrania in alcune persone predisposte
- 1 o 2 pazienti su 10 hanno un rischio di trombosi venosa profonda minore, che è clinicamente irrilevante, ma potrebbe essere rilevata dall’ecografia di controllo
- 1 paziente su 25 ha un rischio di trombosi venosa profonda minore che richiede l’assunzione di aspirina e di un nuovo controllo entro una settimana per verificare che non sia aumentata
- 1 paziente su 100 ha un rischio di trombosi venosa profonda moderata che potrebbe richiedere una terapia anticoagulante
- 1 paziente su 1000 ha un rischio di una significativa trombosi venosa profonda che richiede terapia anticoagulante o completa per TVP
- 1 paziente su 10.000 ha un rischio di embolia polmonare



Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del
paziente minorente esercente la potestà genitoriale _____
C.F. _____ nato/a a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____