



Informazione e consenso per Pazienti in terapia anti-coagulante (AC) o anti-aggregante (AA)

Cod. MOD 05/ECO

Rev. 0

Data 09/07/2015

Pagina di 1/2

INFORMAZIONI

1) PREMESSA

Qualsiasi procedura biotica comporta un rischio di complicanza emorragica la cui entità è tanto maggiore quanto più il normale potere coagulativo del sangue è ridotto per motivi patologici (emofilia, epatopatia, ecc.) o per specifiche terapie anti-coagulanti o anti-aggreganti.

2) PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE EMORRAGICHE

La prevenzione/riduzione delle complicanze emorragiche – mai del tutto eliminabili - si basa quindi da un lato sulla conoscenza delle suddette alterazioni patologiche, dall'altro sulla possibile temporanea sospensione o riduzione delle terapie anti-coagulanti o anti-aggreganti per una limitata finestra temporale – al centro della quale viene situata la procedura biotica – per riprenderla subito dopo.

3) RISCHI LEGATI ALLA SOSPENSIONE DELLA TERAPIA AC / AA

Le terapie anti-coagulanti o anti-aggreganti vengono prescritte per ridurre il rischio trombo-embolico in gravi patologie cardio-vascolari (fibrillazione atriale, trombosi venosa profonda, trombo-embolia polmonare, ecc.) o dopo particolari interventi (posizionamento di protesi valvolari cardiache, By-pass aorto-coronarici, stents coronarici, ecc.). La loro temporanea sospensione può essere sconsigliata o rischiosa, almeno nelle fasi iniziali della patologia che l'hanno richiesta; il giudizio in questo senso dipende da molteplici fattori.

4) MODIFICAZIONE DELLA TERAPIA AC /AA PER BIOPSIE

Non esistono ad oggi protocolli condivisi, sicuri ed universali per la gestione di queste terapie in occasione di biopsie; secondo Alcuni Medici queste terapie andrebbero comunque continuate, mentre secondo Altri andrebbero temporaneamente sospese o ridotte. Anche in quest'ultimo caso non esiste accordo sulle modalità e sulla durata della sospensione o della semplice riduzione.

Ogni singolo Paziente richiede una accurata e specifica valutazione che tenga conto della Sua patologia e del Suo specifico grado di rischio, in quel determinato momento. Questa valutazione individuale può essere operata al meglio solo dal Medico Curante (sia esso Specialista Cardiologo, Cardiochirurgo, Chirurgo Vascolare, ecc. o Medico di Medicina Generale) che ha prescritto le suddette terapie e che periodicamente ne opera l'aggiustamento.

5) A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI COMPLICANZE

In caso di sospette complicanze è necessario rivolgersi al Pronto Soccorso di questa Casa di Cura (o di altri Ospedali, se più vicini), dove verranno attuate tutti gli accertamenti e le procedure del caso.

Nei giorni successivi La preghiamo di notificare l'avvenuta insorgenza di tali complicanze al Medico Radiologo che ha svolto la procedura, personalmente oppure telefonicamente chiamando il nr. 045-6444013.



Informazione e consenso per Pazienti in terapia anti-coagulante (AC) o anti-aggregante (AA)

Cod. MOD 05/ECO

Rev. 0

Data 09/07/2015

Pagina di 2/2

EVENTUALE MODIFICA DELLA TERAPIA AC / AA

DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Per quanto indicato sul retro Le chiediamo di consultare il Suo Medico Curante per ottenere da Lui le necessarie istruzioni su come modificare la Sua terapia anti-coagulante o anti-aggregante, permettendoLe così di affrontare la procedura biptica in condizioni di massima sicurezza.

In casi particolari il Suo Medico Curante potrebbe giudicare troppo rischioso sospendere la terapia in questo momento e potrebbe suggerirLe di rinviare le biopsie di qualche settimana/mese; per questo motivo il Personale Amministrativo dell'Accettazione è autorizzato a fissare il Suo appuntamento solo quando Lei avrà ottenuto il nulla osta e tutte le indicazioni terapeutiche necessarie dal Suo Medico Curante, fornendone attestazione firmata, in calce a questo modulo.

Per Il Medico Curante	Per il Paziente
<p>Il Sig. può effettuare biopsia di previa ev. modifica della Terapia anticoagulante/antiaggregante come da schema terapeutico da me prescritto.</p> <p>Data, timbro e firma.</p>	<p>Io sottoscritto Dichiaro di avere compreso quanto sopra esplicato e di avere modificato la terapia anticoagulante/antiaggregante secondo le prescrizioni del mio Medico Curante.</p> <p>Data e firma</p>