

INFORMAZIONI

1) QUANDO E' NECESSARIA

La biopsia prostatica è necessaria in presenza di lesioni clinicamente e/o ecograficamente sospette e/o di valori ematici elevati di P.S.A. (Antigene prostatico specifico). Il giudizio sull'opportunità di espletamento della procedura biopistica spetta al Medico deputato a compierla.

2) A COSA SERVE

La biopsia prostatica ha quale scopo principale quello di accertare o escludere la presenza di carcinoma prostatico.

3) COME SI ESEGUE

La biopsia prostatica viene espletata sotto guida ecografica, attraversando la parete del retto previa anestesia locale. Il prelievo di campioni di tessuto (in genere 12) viene espletato con apposito ago monouso.

4) LE POSSIBILI COMPLICANZE

Pur con l'adozione di tutte le cautele è possibile la comparsa di rare complicanze, fortunatamente quasi sempre di modesta importanza. Fra queste sono relativamente più frequenti la ritenzione urinaria acuta, le complicanze infettive e quelle emorragiche, tutte trattabili. Non deve invece essere considerata una complicanza la comparsa di qualche piccola perdita ematica fecale e/o urinaria e/o con lo sperma, destinata a risolversi spontaneamente in 2-4 settimane.

5) COME PREVENIRE LE COMPLICANZE

La prevenzione delle complicanze infettive si basa soprattutto su di un'adeguata pulizia intestinale realizzata con clistere o con lassativi. La prevenzione delle complicanze emorragiche prevede l'esclusione di condizioni di rischio quali malattie della coagulazione del sangue o terapie con farmaci anticoagulanti o antiaggreganti. Di ciò il Paziente è tenuto ad informare il Medico che gli propone la biopsia poiché la procedura non viene di solito espletata nel corso delle suddette terapie per l'aumentato rischio di sanguinamento. Segnalare sempre eventuali allergie a farmaci (anestetico locale) o a lattice.

6) A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI COMPLICANZE

Come per qualsiasi altra urgenza, il Paziente che, dopo una biopsia prostatica, avverte dolore, bruciore minzionale, febbre, perdite ematiche importanti o altri disturbi, può immediatamente rivolgersi al Pronto Soccorso di questa Casa di Cura (o di altri Ospedali, se più vicini), dove verranno attuate tutte le procedure del caso. Nei giorni successivi si prega di notificare l'avvenuta insorgenza di complicanze al Medico Radiologo che ha svolto la biopsia prostatica, personalmente oppure telefonicamente chiamando il nr. 045-6444013.

7) COPERTURA ANTIBIOTICA

Al fine di ridurre il rischio di complicanze infettive il Paziente dovrà praticare una profilassi antibiotica a base di

BACTRIM, 1 cpr ogni 12 ore, dal giorno prima della procedura, per un totale di 5 giorni

Per eventuali chiarimenti è possibile rivolgersi al proprio Medico Curante che potrà anche, a Sua discrezione, sostituire il suddetto antibiotico con altro farmaco analogo.

Io sottoscritto ho compreso le informazioni di cui sopra e ho attuato quanto di mia competenza.

Data / /

Firma del paziente

Modulo da consegnare compilato e firmato il giorno dell'esame

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscrittoin qualità di:
Diretto interessato all'atto medico

Tutore di

Dichiaro di aver letto e compreso quanto riportato nel modulo **e di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile** dal Dott.

che per la malattia di cui sono affetto e per procedere ad una corretta diagnosi è necessaria l'esecuzione di: **biopsie prostatiche ecoguidate**.

Dichiaro di essere stato informato:

1. sull'importanza diagnostica di questa indagine
2. sui possibili rischi connessi (in particolare emorragie, infezioni e ritenzione urinaria acuta)
3. sul tipo di anestesia locale e di terapia antibiotica da assumere
4. sulle alternative diagnostiche possibili

Dichiaro di: " non assumere alcuna terapia anticoagulante o antiaggregante

" assumere terapia anticoagulante / antiaggregante e di averla modificata per consentire l'espletamento di questa biopsia secondo le indicazioni del mio Medico Curante, come da scheda allegata.

A seguito delle informazioni ricevute

" **Acconsento**

" **Non Acconsento**

a sottopormi alle **BIOPSIE PROSTATICHE** che verranno eseguite dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

Data / /

Firma del paziente

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

Data / /

Firma del medico richiedente

Per conferma e verifica di quanto sopra

Data / /

Firma del medico esecutore

Modulo da consegnare compilato e firmato il giorno dell'esame

ISTRUZIONI

I Pazienti in terapia anticoagulante o antiaggregante devono preventivamente munirsi del **foglio di Informazione e Consenso informato** nonché della **apposita scheda da sottoporre al Medico Curante** per l'eventuale modifica della terapia AC/AA; entrambi i documenti dovranno essere consegnati al momento dell'indagine, **compilati e firmati**.

Il giorno precedente l'esame deve essere iniziata la profilassi antibiotica, come illustrato al punto n. 7 delle informazioni di dettaglio di pag. 1.

E' opportuno espletare l'indagine a digiuno da almeno 8 ore.

L'esame va espletato con retto vuoto; a questo scopo è necessario praticare un micro-clisma (da acquistare in farmacia) 2-3 ore prima della procedura.

E' opportuno presentare i dosaggi del PSA precedentemente espletati, se disponibili.

E' fortemente raccomandato portare **qualsiasi documentazione sanitaria inerente l'esame** da espletare (cartelle cliniche, visite specialistiche, esami di laboratorio, ECO, TC, RM, PET, ecc.). A titolo cautelativo è opportuno che il paziente si presenti accompagnato, al fine di evitare di mettersi alla guida dopo la procedura.

E' indispensabile presentarsi munito di **2 distinte Impegnative** (o promemoria cartaceo):

- la prima per **AGOBIOPSIE PROSTATICHE ECOGUIDATE (Codice regionale 60.11.1)**;
- la seconda per **ESAME ISTOLOGICO APP. UROGENIT. (Codice regionale 91.44.1)**
specificando quantità n. 8 campioni

Il Paziente dovrà presentare **tessera sanitaria TS magnetica**; gli assistiti della Regione Veneto devono portare anche **tessera sanitaria di cartone** e **codice fiscale**.

Presentarsi presso l'Ufficio Accettazione con buon anticipo rispetto all'orario fissato per l'esame, allo scopo di effettuare tutte le necessarie pratiche burocratiche.

In caso di rinuncia lasciare messaggio vocale in segreteria telefonica al n. 045 6449230, con il maggior anticipo possibile per consentire il recupero del posto lasciato libero.

Si prega notare che la normativa vigente stabilisce che:

la mancata disdetta dell'esame entro il giorno
precedente l'appuntamento comporta il pagamento
per intero della prestazione,
anche per i Pazienti esenti dal ticket.

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI

IN TERAPIA ANTICOAGULANTE O ANTIAGGREGANTE (AC / AA)

1) PREMESSA

Qualsiasi procedura bioptica 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 bioptica – 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.

Io sottoscritto ho compreso le informazioni di cui sopra e ho attuato quanto di mia competenza.

Data / /

Firma del paziente

Modulo da consegnare compilato e firmato il giorno dell'esame

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 bioptica 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 esplicito e di avere modificato la terapia anticoagulante/antiaggregante secondo le prescrizioni del mio Medico Curante.</p> <p>Data e firma</p>