

Gentile Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, con la presente La informiamo che Lei è affetto/a da \_\_\_\_\_ . Per tale patologia è prevista l'esecuzione di **TRACHEOBRONCOSCOPIA**.

*Etichetta  
nosografica*

### **Descrizione e scopi dell'indagine**

La tracheobroncoscopia è un'indagine che consente l'esplorazione, sotto diretto controllo visivo, della trachea e dei bronchi mediante una sonda flessibile di 5/6 mm. di diametro che viene introdotta attraverso il naso o la bocca.

L'esame, salvo casi di emergenza, richiede il digiuno da almeno 6/8 ore.

Per ridurre al minimo i fastidi dovuti all'introduzione dello strumento viene praticata una anestesia locale dal naso e dalla cavità orale, generalmente associata ad una sedazione per via endovenosa.

È necessario che i pazienti provenienti da casa (ambulatoriali) siano accompagnati; dopo l'esame devono attendere che il medico e/o l'infermiere dia loro l'autorizzazione al rientro a casa; devono astenersi dalla guida di veicoli per almeno 6 ore per l'effetto dei farmaci sedativi; è opportuno non assumere bevande o cibi fino alla scomparsa degli effetti degli anestetici (circa 1 ora).

Lo scopo dell'esame broncoscopico è quello di definire le cause di sintomi legati a patologie dell'apparato respiratorio (sputi ematici, tosse persistente, mancanza di respiro) o di anomalie evidenziate dalla radiografia del torace. Oltre all'osservazione diretta della trachea e dei bronchi è possibile raccogliere campioni di secrezioni (bronco-aspirato), eseguire il lavaggio bronco-alveolare e prelevare campioni bioptici per esami citologici e microbiologici. Quando vengono eseguite biopsie è possibile la comparsa di sputi ematici che perdurano per qualche ora.

### **Possibili complicanze**

Eccezionalmente subito dopo la biopsia vi può essere una emorragia importante che solitamente viene controllata durante l'esame. In una modesta percentuale dei casi (inferiore al 5%) dopo biopsia polmonare trans-bronchiale può comparire uno pneumotorace (collasso del polmone) che può richiedere la necessità di inserire per un breve periodo un drenaggio nel torace. Alcune ore dopo l'esecuzione di un lavaggio bronco-alveolare può insorgere febbre e dolore toracico che recedono prontamente con appropriata terapia. Vi possono essere complicanze legate alla somministrazione di farmaci sedativi che talvolta possono indurre aritmie, dispnea, arresto cardio-respiratorio e manifestazioni allergiche.

Per limitare il rischio di tali complicanze è importante che il paziente segnali prima dell'esame al medico eventuali cure mediche in atto e allergie a farmaci.

Sono comunque prontamente disponibili apparecchiature e personale addestrato in grado di fronteggiare le complicanze sopraelencate.

### **Per presa visione**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

**TRACHEOBRONCOSCOPIA**

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Dichiaro di far uso dei seguenti farmaci:

\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere allergico a:

\_\_\_\_\_

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

**acconsento**

**non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione**

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il medico proponente \_\_\_\_\_

Il medico endoscopista \_\_\_\_\_