



Consenso Informato
per la somministrazione di farmaci citostatici in vena periferica
(da allegare alla cartella clinica)

Cognome.....Nome.....nato/a.....il...../...../.....
Ricoverato/a c/o DAI Medicina Clinica UOC di _____.
Cartella numero..... **RO** **DH** (barrare la dicitura interessata)
Medico che propone il ricovero.....
Diagnosi di ingresso.....
Farmaco/i da somministrare.....
.....
.....

Il sottoscritto (o titolare del consenso)

DICHIARA

di essere stato informato dal Prof./Dott.....
sui potenziali rischi riguardanti un eventuale stravasato nel corso di somministrazione di farmaci citostatici in vena periferica. Gli agenti stravasati, generalmente, causano due tipi di reazioni locali cutanee: reazioni irritanti e vescicanti. Una reazione irritante solitamente accade come una flebite temporanea lungo la vena interessata. Uno stravasato da farmaci vescicanti, tuttavia, potrebbe causare severe reazioni compreso il progressivo danno tessutale che potrebbe continuare a progredire per giorni e settimane. Sintomi osservati spesso sono dolore, arrossamento, gonfiore, necrosi del tessuto, unito a distruzione e disfunzione permanente e cambiamento estetico dell'area interessata.

CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione della terapia con farmaci citostatici in vena periferica, il Paziente (o il titolare del consenso), ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Prof./Dott..... dichiara di (barrare dicitura interessata):

- acconsentire allo svolgimento della stessa, sollevando la struttura e gli operatori da eventuali danni che ne possano scaturire.**
- non acconsentire.**

Data:/...../.....

Firma del Paziente (o del titolare del consenso)_____

*Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal Paziente, dei dati clinico – anamnestici raccolti dal Medico Curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, **si ritiene / non si ritiene** di procedere alla terapia citostatica in vena periferica con il/i farmaco/i.....*

Firma e Timbro del Medico _____