

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO

Gentile Signora/Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria in oggetto, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché le possibili controindicazioni del trattamento. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. La procedura diagnostico-terapeutica consigliata di **CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

INFORMAZIONI GENERALI

La crioterapia con azoto liquido, detta anche terapia del freddo, è un trattamento puramente locale utilizzato ormai da numerosi anni in ambito dermatologico per la cura di diverse patologie, attraverso un rapido e controllato abbassamento della temperatura sulla parte di cute interessata con l'applicazione di azoto liquido. L'azoto è un gas incolore e inodore che, allo stato liquido, raggiunge una temperatura di circa -196°C. La sua applicazione permette un abbassamento repentino della temperatura oltre alla soglia di congelamento, che produce la distruzione selettiva delle lesioni da trattare con conseguente risoluzione delle stesse. Il numero delle sedute e la frequenza sono stabiliti sulla base della natura della lesione, delle sue dimensioni e del suo spessore. La crioterapia con azoto liquido trova la sua indicazione in particolare nel trattamento di: verruche volgari, molluschi contagiosi, cheloidi, cheratosi attiniche. La crioterapia con azoto liquido non richiede alcuna preparazione: non è necessario effettuare esami ematochimici preventivi e, trattandosi di trattamento locale, non interagisce con farmaci eventualmente assunti dal paziente.

Dopo il trattamento le sedi trattate devono essere adeguatamente medicate fino alla guarigione, secondo le prescrizioni del medico. Deve essere assolutamente evitata l'esposizione al sole della sede interessata nei 30 giorni successivi al trattamento e per alcuni mesi seguenti applicare sempre un prodotto a schermo solare molto elevato (SPF UVA-UVB 50+) al fine di ridurre il rischio di comparsa di esiti discromici. In genere il periodo necessario per un recupero funzionale è di 1-3 settimane, ma può essere più o meno rapido in considerazione della sede, della dimensione della lesione trattata e dei fattori di reattività individuale.

MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TRATTAMENTO

La crioterapia dermatologica utilizza l'azoto liquido erogato per mezzo di un dispositivo spray direttamente e precisamente sulla lesione da trattare, per un tempo ed un numero di cicli di congelamento/scongelo che può variare in base alla sede, dimensione e tipo di lesione da trattare. Durante l'erogazione si avverte una sensazione di bruciore intenso che si riduce dopo la fine del trattamento, ma che non scompare immediatamente e che può persistere in modo più o meno intenso anche per alcune ore, riducendosi progressivamente nel tempo. La parte trattata può apparire eritematosa (arrossata) ed essudante e nelle ore successive può comparire una bolla che talvolta può contenere una piccola quantità di sangue lasciando intravedere un contenuto scuro. Successivamente è necessaria una medicazione quotidiana della parte trattata secondo le indicazioni fornite dal medico. In caso di bolle di grandi dimensioni che creano disagio, si può procedere, dopo accurata disinfezione della cute interessata, pungendo la cute sovrastante con un ago sterile, per consentire la fuoriuscita del contenuto liquido. Nel caso in cui siano trascorsi molti giorni dalla crioterapia il liquido all'interno può essere più denso e in questo caso fuoriuscire con difficoltà.

Quando le bolle si asciugano si forma una crosta che tende a cadere spontaneamente dopo circa 15- 20 giorni, lasciando al suo posto una cute rosea e più sottile.

RISCHI E POSSIBILI CONTROINDICAZIONI

Tra i possibili effetti collaterali della crioterapia con azoto liquido, prevalentemente transitori e di lieve entità, si annoverano: dolore/bruciore, formazione di bolle. In rari casi è possibile anche la comparsa di emorragia, infezione, formazione di eccessivo tessuto di granulazione, esiti cicatriziali, esiti ipo/ipercromici, alterazioni della sensibilità. Il trattamento è controindicato in soggetti affetti da arteriopatie gravi e sindrome di Raynaud.

ANAMNESI E VALUTAZIONE DELLE CONTROINDICAZIONI

Prima di eseguire il trattamento è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di determinate situazioni cliniche. Pertanto, consapevole dell'importanza di fornire informazioni precise e veritiere in merito al mio stato di salute, in quanto il trattamento potrebbe non essere indicato o addirittura controindicato in presenza di alcune patologie e/o stati personali, dichiaro:

E' portatore di arteriopatia severa?

SI NO

E' affetto da sindrome di Raynaud?

SI NO

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'atto sanitario in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare l'esame proposto dal medico, potrebbe essere valutata l'opportunità di eseguire un trattamento alternativo laddove possibile, essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: 1) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; 2) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

DATI IDENTIFICATIVI

NOMINATIVO	
DATA DI NASCITA	
NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE SE MINORE/INCAPACE:	

DATI SANITARI COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA

.....

.....

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO

Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi al trattamento di CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Dichiaro inoltre di aver osservato le indicazioni riportate nel modulo di preparazione all'esame.

Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato al trattamento
- tutore di
- esercente la responsabilità genitoriale su

<input type="checkbox"/> acconsente	<input type="checkbox"/> non acconsente
--	--

All'esecuzione dell'atto sanitario sopra indicato.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):

(Spazio riservato al Medico)

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.

Firma del medico:

Il/la sottoscritto/a (Paziente): dichiara inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):