

## Informazioni ai pazienti per biopsia epatica

Etichetta

**Cara paziente,  
Caro paziente,**

La preghiamo di leggere attentamente il foglio informativo **subito** dopo averlo ricevuto. Riempia il consenso informato, metta la data e firmi il documento possibilmente il giorno prima dell'esame. Se avesse domande si rivolga al suo medico curante oppure allo specialista che eseguirà l'esame (gastroenterologo).

Per lei è prevista l'esecuzione di una **biopsia epatica**.

Per l'esame le alleghiamo:

- **un foglio informativo**
- **un questionario**
- **il consenso informato**

### Foglio informativo

Sul foglio informativo troverà spiegazioni sullo svolgimento, sugli obiettivi e sui rischi dell'esame. La preghiamo di leggerlo attentamente.

In caso di domande sulla necessità e sull'urgenza dell'esame oppure riguardo a possibili alternative o rischi legati alla procedura, la preghiamo di rivolgersi al suo medico curante che potrà rispondere alla maggior parte delle sue domande. Qualora avesse domande più specifiche, ad esempio sulla tecnica di esecuzione dell'esame, il medico specialista (gastroenterologo) potrà risponderle. In tal caso, la preghiamo di rivolgersi per tempo a noi o al medico curante.

### Il questionario:

La preghiamo di compilare il questionario allegato per il chiarimento di eventuali tendenze al sanguinamento, e di rispondere alle domande su eventuali medicinali, allergie o intolleranze. Se dovesse assumere anticoagulanti (Sintrom, Marcoumar o Xarelto ecc.) per fluidificare il sangue oppure fare uso regolare di Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel ecc., la preghiamo di discutere col suo medico curante l'eventuale sospensione dei medicinali sopracitati almeno una settimana prima dell'intervento. La preghiamo di portare il questionario il giorno dell'esame. La preghiamo di datare e di firmare il documento almeno un giorno prima dell'esame. Se dovessero sorgere dubbi o domande non esiti a contattare noi o il suo medico curante.

### Consenso informato

Legga con attenzione il consenso informato, apponga la data e la sua firma al più tardi il giorno prima dell'esame.

Il foglio informativo resta a lei.

Il questionario ed il consenso informato verranno conservati da noi nella sua cartella clinica.

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*

## **Foglio informativo per la biopsia epatica**

### **Perché si esegue una biopsia epatica?**

Da lei sulla base degli esami già effettuati si sospetta una malattia del fegato. Con l'analisi al microscopio del tessuto del fegato in aggiunta ai risultati degli esami del sangue, sarà possibile caratterizzare meglio la malattia del fegato per poter pianificare un possibile trattamento.

### **Come ci si deve preparare per una biopsia epatica?**

6 ore prima della biopsia epatica non potrà né bere né mangiare. Se lei assume regolarmente **anticoagulanti** per rendere fluido il sangue (p.es. Sintrom, Marcoumar o Xarelto) oppure assume regolarmente **Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, ecc.** la preghiamo di discutere col suo medico la sospensione di questi medicinali per tempo (almeno 1 settimana prima dell'esame).

### **Capacità lavorativa e capacità di guida?**

Per l'esame è possibile che le verranno somministrati analgesici e/o sedativi. Dopo l'assunzione di questi medicinali non potrà condurre un autoveicolo. La preghiamo di non venire all'esame con la propria vettura ma di farsi accompagnare. Per 12 ore dopo la somministrazione dei medicinali non potrà firmare documenti con valenza legale.

### **Come si svolge una biopsia epatica?**

Prima dell'esame si posiziona dapprima un'infusione in una vena del braccio. Con il sonografo (ultrasuoni) si localizza il punto esatto della puntura. Viene eseguita un'anestesia locale della pelle e della muscolatura ed inserito un ago nella parte destra del corpo tra le costole inferiori, per prelevare un frammento di tessuto del fegato sottostante. La procedura dura solo alcuni secondi. Dopo la biopsia lei verrà sorvegliato per almeno 4 ore. A volte è possibile che vi siano leggeri dolori. Riceverà al bisogno degli antidolorifici.

### **Quali rischi comporta una biopsia epatica?**

La biopsia epatica è a basso rischio di complicazioni. Malgrado l'esame venga eseguito con la massima accuratezza è comunque possibile che in alcuni casi rari vi siano delle complicazioni. In casi eccezionali queste potrebbero mettere la vita in pericolo. Possibili complicazioni sono: irritazione della pleura con conseguenti dolori, sanguinamenti (<1%), ferimento dei polmoni, della cistifellea o della pleura (0.1%). Queste complicazioni potrebbero rendere necessario un ricovero in ospedale o in casi molto rari l'esecuzione di un'operazione (0,2‰). La somministrazione di sedativi potrebbe in rari casi indurre un disturbo della funzione respiratoria o cardiaca.

### **Come mi devo comportare dopo una biopsia epatica?**

Durante 24 ore dopo la biopsia epatica non dovrebbe eseguire sforzi fisici o restare da solo a casa. Se dovessero sopraggiungere dolori addominali che aumentano d'intensità, problemi circolatori (p.es capogiri), difficoltà respiratorie o peggioramento dello stato generale, si rivolga immediatamente al suo medico curante oppure al pronto soccorso.

### **Domande sull'esame?**

Se lei dovesse avere ulteriori domande sull'esame programmato, la preghiamo di rivolgersi al suo medico curante. Se ci fossero ancora dubbi non esiti a contattare il medico specialista (gastroenterologo) che eseguirà l'esame.

### **Per domande o problemi può contattare i seguenti medici:**

|                  |  |      |
|------------------|--|------|
| Medico curante   |  | Tel: |
| Gastroenterologo |  | Tel: |

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*

## Questionario

Etichetta

### Domande sulla tendenza al sanguinamento:

si no

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Soffre spesso di <b>sanguinamento dal naso</b> ?  |  |  |
| 2. Soffre di <b>sanguinamento dalle gengive</b> (lavando i denti) ?  |  |  |
| 3. Soffre di <b>ematomi</b> o piccoli sanguinamenti sulla pelle senza ferite evidenti ?  |  |  |
| 4. Ha l'impressione di <b>sanguinare molto dopo piccole ferite</b> (ad esempio durante la rasatura) ?  |  |  |
| 5. Per le signore: ha l'impressione di avere delle <b>mestruazioni prolungate</b> (> 7 giorni) o deve cambiare frequentemente tamponi o assorbenti igienici? |  |  |
| 6. Ha già avuto un <b>sanguinamento prolungato o severo</b> durante o <b>dopo un trattamento dentario</b> ?  |  |  |
| 7. Ha già avuto un <b>sanguinamento grave o prolungato</b> durante o <b>dopo un intervento chirurgico</b> (intervento alle tonsille o all'appendice, parto)? |  |  |
| 8. Ha già ricevuto <b>trasfusioni sanguigne</b> durante un intervento chirurgico?  |  |  |
| 9. Vi sono nella sua famiglia (genitori, fratelli/sorelle, figli, nonni, zii) <b>malattie legate ad una maggior tendenza al sanguinamento</b> ?              |  |  |

### Domande su medicinali, allergie, malattie concomitanti:

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Assume regolarmente <b>anticoagulanti</b> per rendere fluido il sangue (p.es. Sintrom , Marcoumar o Xarelto) oppure ha assunto negli ultimi 7 giorni <b>Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, ecc.</b> oppure <b>medicamenti contro l'influenza, antidolorifici o antireumatici</b> ? Se si quali? |  |  |
| 2. Soffre di <b>allergie</b> (a medicinali, lattice, anestetici locali, cerotti)? Se si quali?   |  |  |
| 3. Soffre di <b>difetti alle valvole cardiache, di problemi cardiaci o polmonari</b> ? È in possesso di un cartellino per la <b>profilassi dell'endocardite</b> (cartellino rosso o verde) ?   |  |  |
| 4. È portatore di un <b>pace-maker / defibrillatore</b> o di una <b>protesi metallica</b> ?  |  |  |
| 5. Soffre di <b>problemi renali (insufficienza renale)</b> ?   |  |  |
| 6. È <b>diabetico/a</b> ?  |  |  |
| 7. Per le signore: è incinta oppure esiste la possibilità che vi sia una <b>gravidanza</b> in corso?   |  |  |
| 8. Ha dei <b>denti instabili</b> , una <b>protesi dentaria</b> o una <b>malattia dei denti</b> ?   |  |  |

### II/ La sottoscritto/a conferma di aver compilato il questionario in maniera completa e veritiera

Luogo, Data

Nome paziente

Firma paziente

.....

.....

.....

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*



## Consenso informato

### per l'esecuzione di una biopsia epatica

Protocollo informativo consegnato da:

Data:

Il/La sottoscritto/a conferma di aver letto e preso atto del contenuto del foglio informativo

Confermo di essere stato/a informato/a dal medico sul motivo (indicazione) della biopsia epatica.  
Confermo di aver compreso il modo d'esecuzione ed i rischi della biopsia epatica.

Alle mie domande è stata data risposta esaustiva e soddisfacente.

*(Segnare ciò che fa al caso)*

Sono d'accordo con l'esecuzione della biopsia epatica

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

Mi dichiaro d'accordo con la somministrazione di sedativi e/o analgesici.

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

Nome paziente

.....

Firma paziente

.....

Nome medico

.....

Firma medico

.....

### **Per pazienti che non sono in grado di rilasciare personalmente il consenso informato**

Rappresentante legale

.....

Nome medico

.....

Luogo, Data

Firma del rappresentante legale

Luogo, Data

Firma medico

.....

.....

.....

.....

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*