



REGIONE CALABRIA  
Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro  
**Ospedale Basso Ionio Soverato**  
**U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**  
**Direttore: Dirigente Medico Responsabile**  
**Dott. Pantaleone Grande**

**CONSENSO INFORMATO PER IL  
CATETERISMO DI UN VASO VENOSO CENTRALE (CVC)**

(Data ultima revisione: 15/07/2012)

Gentile Signore/a,

Il cateterismo venoso centrale è una procedura che comporta il reperimento di una grossa vena centrale (vena giugulare interna, vena succlavia, vena femorale) e il successivo inserimento di un sondino denominato per tale motivo Catetere Venoso Centrale (CVC) di tipo:

- esterno;
- tunnellizzato (ovvero inserito parzialmente sotto la cute);
- connesso con un Port sottocutaneo (completamente inserito sotto la cute).

**VANTAGGI**

Tale procedura comporta **numerosi vantaggi**, quali la disponibilità di un accesso venoso sicuro, duraturo ed utilizzabile per somministrare farmaci, emoderivati, liquidi e sostanze nutritive necessarie per il suo stato di salute, per eseguire prelievi ematici senza ulteriori punture venose e, in caso di cateteri dedicati, per effettuare l'emodialisi in assenza di una fistola o durante il malfunzionamento di essa.

**COMPLICANZE ED EFFETTI COLLATERALI**

Come tutte le pratiche medico-chirurgiche, però, anche questa procedura può risultare difficoltosa o addirittura impossibile e può presentare, pur se attuata con perizia, diligenza, prudenza, un certo rischio di **complicanze**.

- tra le complicanze specifiche **legate al posizionamento del CVC**, alcune possono presentarsi immediatamente (dolorabilità, ematoma, difficoltà o impossibilità ad incannulare l'accesso venoso prescelto, puntura dell'arteria prossima al vaso, pneumotorace, emotorace, embolia gassosa, comparsa di aritmie, altre più rare);
- altre complicanze possono presentarsi successivamente **durante l'utilizzo del CVC** (infezione locale, sepsi, tromboflebiti, malfunzionamento con conseguente necessità di sostituzione, altre più rare);
- ulteriori complicanze analoghe possono verificarsi **al momento della rimozione del CVC**.

Se attuata con metodica chirurgica, inoltre, essa comporta inevitabilmente la formazione di una o più cicatrici. L'impianto di un dispositivo tipo "Port" determina infine un "rigonfiamento" in corrispondenza del serbatoio stesso, variabile da soggetto a soggetto in relazione alla rappresentazione di tessuto adiposo sottocutaneo.

È inoltre prevista la rimozione del CVC quando ritenuto dai Curanti clinicamente necessario.

**ATTENZIONE**

Le procedure in oggetto possono comportare l'impiego di Raggi X, con rischi particolari nel caso di **donne in età fertile nel sospetto di gravidanza**, in quanto potrebbero provocare danni nel nascituro. Con la firma del presente modulo Lei dichiara di non essere in gravidanza.

Tali procedure possono inoltre prevedere l'iniezione di un **mezzo di contrasto**, farmaco che può provocare raramente alcune reazioni avverse del tutto imprevedibili, classificate come **lievi** (nausea, vomito, prurito), **moderate** (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e **severe** (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-circolatorio). In questo Ospedale sono disponibili tutti gli strumenti per affrontarle in modo tempestivo.

**C  
O  
N  
S  
E  
N  
S  
O**

Io sottoscritto/a..... nato/a a ..... il.....

(\*genitore o tutore legale di .....)

sono stato informato dal Dott. .... in data.....

che è stata posta l'indicazione al posizionamento di un **CATETERE VENOSO CENTRALE**, necessario in quanto:

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione dietro riportata inerenti i benefici attesi dall'esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative (dove ci siano) ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta e quindi, in **piena coscienza, acconsento** all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*)

Timbro e Firma del Medico che acquisisce il consenso.....