	<p align="center"><b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b></p> <p align="center">Direttore: ff. Dr. Francesco Fabiani</p> <p align="center"><b>U.O.S.D. di Radiologia Vascolare e Interventistica</b></p> <p align="center">Responsabile: Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI</p>	<p>Nota Informativa: RIV <u>08</u> Revisione 01 del 01/09/2015 Pagina 1 di 2</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

## INFORMAZIONI MEDICHE PER LA PROCEDURA DI TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad una procedura di termoaablazione con radiofrequenza per la patologia indicata nell'allegato modulo di acquisizione del consenso.

Tale procedura prevede l'esecuzione, sotto guida TAC (o ECO), di una tecnica che ha come scopo quello di realizzare la necrosi del tessuto affetto dalla patologia in esame; verrà realizzata in anestesia locale ed analgo-sedazione, al fine di ridurre la sintomatologia dolorosa, mediante l'introduzione di alcuni aghi attraverso la cute. Questi aghi sono collegati ad uno speciale generatore di radiofrequenze ed hanno il compito di realizzare la necrosi tissutale.

Durante la procedura Lei potrà avvertire senso di nausea, vomito, epigastralgia, malessere e saranno adottati tutti i presidi al fine di eliminare e/o ridurre tale sintomatologia.


Le complicanze per tali procedure, riportate in letteratura, sono di circa il 3-5% e comprendono dolore, febbre, colecistite, sindrome post-ablativa di tipo simil-influenzale, perforazione, raccolte ascessuali, sanguinamento.

Per ulteriori informazioni può consultare il sito: <http://www.radiologyinfo.org>

La preghiamo di segnalare eventuali allergie e/o intolleranze a farmaci e/o alimenti, prima di sottoporsi all'esame.

L'informazione è il vero e proprio inizio dell'atto medico e parte integrante della nostra professione, per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirLe.

Grazie per la Sua collaborazione.

	<p align="center"><b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b></p> <p align="center">Direttore: ff. Dr. Francesco Fabiani</p> <p align="center"><b>U.O.S.D. di Radiologia Vascolare e Interventistica</b></p> <p align="center">Responsabile: Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI</p>	<p>Nota Informativa: RIV <u>08</u> Revisione 01 del 01/09/2015 Pagina 2 di 2</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Il Signor /Signora:

---

ha personalmente ricevuto le informazioni per l'esame dal Dr.:

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Firma \_\_\_\_\_