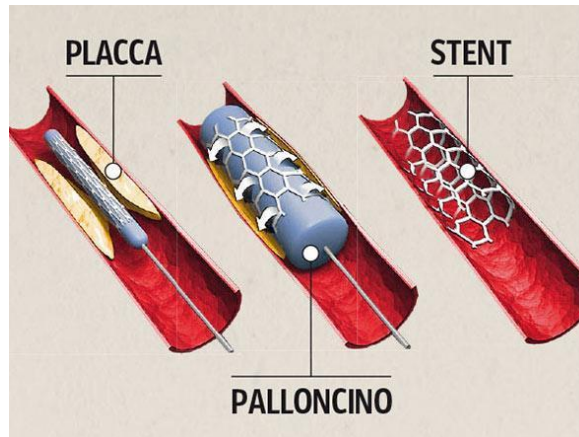
	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 14 Pag. 1 / 2
	INFORMATIVA per ANGIOGRAFIA PERIFERICA - ANGIOPLASTICA	

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

L'angioplastica di un vaso periferico può essere eseguita al termine dell'arteriografia diagnostica dalla quale si differenzia in quanto costituisce un vero e proprio intervento.



L'angioplastica periferica con o senza stent è una procedura usata nel trattamento dei restringimenti (stenosi) delle arterie periferiche con lo scopo di mantenere aperta l'arteria e permettere un miglior flusso di sangue.

MODALITA' D'INTERVENTO:

Talvolta è necessario un approccio su due inguini e talvolta dal braccio. Nel caso di angioplastica, per la dilatazione viene usato un catetere a palloncino. Si tratta di un catetere sottile con un palloncino ad una estremità. Questo viene spinto attraverso la lesione tramite un filo guida metallico flessibile e quindi gonfiato in questa sede, ottenendo la dilatazione della zona ristretta. Lo stent è una protesi metallica a forma di tubicino che viene inserita all'interno dell'arteria per mantenerla aperta. Il sistema per impiantare lo stent è un lungo tubo di plastica con lo stent montato ad una estremità. Un mezzo di contrasto radiopaco sarà iniettato ripetutamente per guidare la procedura. Sarà necessario assumere farmaci in grado di diminuire la possibilità di formazione di coaguli in sede di angioplastica/stent. Questi farmaci sono in genere gli antiaggreganti piastrinici.


BENEFICI

L'angioplastica renale, femorale o poplitea con stent è una terapia mirata a ristabilire la regolare emodinamica del flusso ematico riducendo e talvolta eliminando i sintomi legati all'ipertensione o alla claudicatio.

RISCHI E INCOVENIENTI:

Nel caso di angioplastica di un'arteria renale si può verificare, seppur raramente, dissezione della parete aortica in prossimità dell'origine dell'arteria renale, ematomi intra parenchimali o emorragie retroperitoneali, infarti renali, insufficienza renale acuta fino a perdita del rene e in rarissimi casi morte.

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott Boscolo Forcola Gabriele
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 14 Pag. 2 / 2
	INFORMATIVA per ANGIOGRAFIA PERIFERICA - ANGIOPLASTICA	

L'incidenza complessiva di tali complicanze è dell'1-5%.

Nel caso di angioplastica nel distretto iliaco-femorale o femoro-popliteo si possono verificare danni alla parete arteriosa del vaso trattato con occlusione acuta, perforazione, sanguinamento, formazione di trombi o embolizzazione periferica da distacco di placca aterosclerotica ad opera dei cateteri o delle guide utilizzate (2-5% dei casi).

Sono anche possibili complicanze vascolari in sede di puntura arteriosa (ematoma locale, pseudoaneurisma, fistola artero-venosa, occlusione trombotica, embolie). I rischi aumentano in relazione al grado di comorbidità del paziente.

Infine, nonostante i buoni risultati ottenuti è possibile che il restringimento che era presente si riformi anche a distanza di tempo (oltre che nel 10% dei casi). Tale processo è chiamato "restenosi".

RECUPERO:

Dopo l'angioplastica è raccomandata una permanenza a letto per 8-12 ore.

Il tubicino (introduttore) posizionato nell'arteria periferica per introdurre i cateteri, viene rimosso subito, se si chiude l'arteria con sistemi meccanici di emostasi, o dopo qualche ora dalla procedura, secondo il grado di coagulazione del sangue.

Per evitare ematomi e stravasi di sangue è molto importante che il paziente segua scrupolosamente i consigli del medico sul riposo nell'immediato periodo dopo la procedura.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:

Il trattamento alternativo per il restringimento dei vasi periferici è chirurgico.

Un'altra alternativa è rappresentata dall'uso di medicine tipo antiaggreganti antiplastrinici come aspirina e/o ticlopidina o fluidificanti del sangue (anticoagulanti), anche se in generale la loro efficacia nel caso di stenosiarteriose importanti è minore.

DURATA DELLA PROCEDURA: 40-100 minuti

REGIME DI ASSISTENZA: La procedura viene eseguita in regime di ricovero ordinario

AVVERTENZE SPECIALI

ALLERGIA ALLO IODIO: La procedura potrebbe prevedere la necessità di somministrare un mezzo di contrasto contenente Iodio, da non utilizzarsi nei soggetti con pregressi episodi allergici se non dopo trattamento medico particolare (pre-medicazione con antistaminici e cortisone) nelle 24 ore precedenti.

È necessario informare i medici di un'eventuale allergia allo iodio

STATO GRAVIDICO A causa dell'impiego di raggi X, è necessario informare i medici di un'eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott Boscolo Forcola Gabriele
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

UO/Servizio di _____

Ospedale/Distretto di _____

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI (a cura del medico proponente)

1) Dati identificativi dell'**assistito/a**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

1a) Dati del **legale rappresentante** (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale; tutore, amministratore di sostegno, ...)

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

NB: va allegato l'atto di nomina.

PARTE II – Eventuale DELEGA del CONSENSO INFORMATO

2) Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/_____ alle ore _____ **dichiaro di DELEGARE a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso** in mia vece

il/la sig./ra Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

3) Firma del delegato _____

4) Firma del paziente _____

5) Firma e Timbro del medico _____

PARTE III – DATI SANITARI E INFORMATIVA (a cura del medico proponente)

6) Sintesi situazione clinica: _____

7) Atti sanitari proposti:

8) **Informativa:** dichiaro di aver fornito al/alla Sig./a _____ l'informazione sugli atti sanitari proposti.

9) Data: _____ ore: _____ 10) Firma e Timbro del medico _____

PARTE IV – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO *(Parte a cura del dell'equipe medica-chirurgica esecutrice)*

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

11) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti, attraverso:

colloquio informativo con intervento dell'interprete/mediatore culturale sig./sig.ra _____

i moduli relativi agli atti sanitari proposti, consegnati e spiegati dal dott. _____

il colloquio informativo con il dott. _____ avvenuto il giorno ___/___/___ alle ore _____;

12) di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;

13) di esprimere (barrare la scelta) **CONSENSO** / **DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti.

14) Osservazioni _____

15) Data _____ ore: _____ 16) Firma _____

17) Firma del Legale Rappresentante _____

18) Firma e Timbro del Medico _____

PARTE V – REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

19) Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/_____ alle ore _____ **dichiaro di REVOCARE il consenso** ai seguenti atti sanitari

sopra riportati: _____

20) Firma _____

21) Firma del Legale Rappresentante _____

22) Firma e Timbro del medico _____

23) **NOTE:**

