	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 21 Pag. 1 / 2
	INFORMATIVA ALLA ANGIOGRAFIA ED ANGIOPLASTICA CAROTIDEA	

SCOPO DEL TRATTAMENTO

L'angioplastica carotidea, con eventuale stent, è una procedura usata nel trattamento dei restringimenti delle arterie carotidi (i vasi principali che portano sangue al cervello).

Lo stent (una specie di impalcatura di metallo, elastica, montata su un catetere e ricoperta da una camicia retrattile) ha lo scopo di mantenere aperta l'arteria e permettere un miglior flusso di sangue al cervello. Lo stent, inoltre schiaccia e 'fissa' a parete la placca che determina il restringimento.

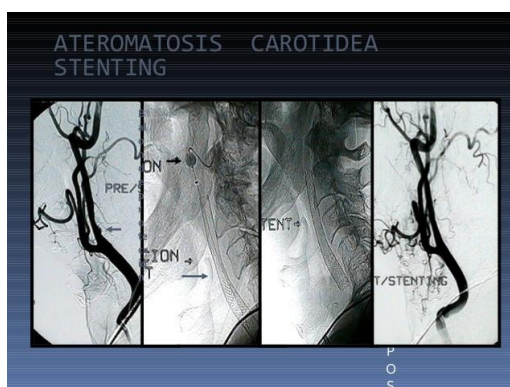
MODALITA' D'INTERVENTO:

L'intervento verrà eseguito in anestesia locale cosicché lei sarà vigile ed in grado di rendere conto al medico operatore di ogni sua sensazione o disagio.

Il posizionamento dello stent nella sua carotide avverrà mediante l'introduzione di un piccolo catetere attraverso un'arteria a livello dell'inguine. Successivamente un sistema di protezione cerebrale verrà introdotto e fatto avanzare nella sua carotide, fino a sorpassare il punto in cui sarà sistemato lo stent, con lo scopo di catturare frustoli della placca che potrebbero giungere sino al cervello.

Una volta rilasciato lo stent, si potranno rendere necessarie ulteriori dilatazioni dello stesso mediante l'utilizzo di uno specifico palloncino.

Alla fine della procedura, verrà estratto il catetere con il palloncino e il sistema di protezione.



Dopo l'angioplastica è raccomandata una permanenza a letto per 12-24 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.

RISCHI E INCOVENIENTI:

Benefici



Lo stent carotideo è una terapia minimamente invasiva per la cura del restringimento della carotide.

I pazienti sottoposti all'impianto di stent carotideo possono beneficiare dell'uso di questo tipo di trattamento mirato ad aumentare il flusso di sangue al cervello e ridurre la possibilità di ictus cerebrale.

Rischi

[Digitare il testo]

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° 21 Pag. 2 / 2
	INFORMATIVA ALLA ANGIOGRAFIA ED ANGIOPLASTICA CAROTIDEA	

Durante la procedura vengono costantemente controllate le funzioni vitali e vengono prese tutte le precauzioni atte a ridurre al minimo eventuali inconvenienti. Tuttavia non è possibile escludere nella totalità dei casi alcune complicanze quali:

COMPLICANZE	PERCENTUALE
PROLASSO PLACCA	0.2-0.4%
TROMBOSI ACUTA STENT	0.04-2%
DISSEZIONE CAROTIDEA	RARA
COMPLICANZE CORRELATE AL DISPOSITIVO DI PROTEZIONE DISTAKE	0.9-1%
REAZIONI AL MEZZO DI CONTRASTO	0.37-3%

CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO:

in rapporto al grado di placca si può correre il rischio di ictus cerebrali.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:

Il trattamento alternativo per il restringimento della carotide è chirurgico ed è chiamato "endoarterectomia carotidea".

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

L'uso di stent rappresenta una metodica meno invasiva rispetto al trattamento chirurgico (endoarterectomia carotidea) e nonostante rappresenti un trattamento relativamente nuovo (iniziato nella metà degli anni novanta) e la sicurezza ed efficacia dell'uso di stent carotideo sia ampia, il suo ruolo ultimo quale alternativa all'approccio chirurgico è ancora oggetto di valutazione.

DURATA DELLA PROCEDURA: 50-100 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.

[Digitare il testo]

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:**

