


REGIONE DEL VENETO 	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 24 Pag. 1 / 4
	INFORMATIVA PER POSIZIONAMENTO/RIMOZIONE FILTRO CAVALE	

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

La maggior parte degli emboli trombotici che giunge ai polmoni, deriva dal distretto della vena cava inferiore (70-90%) ed in particolare dalle vene femorali ed iliache, e dalle vene pelviche (plessi periprostatici e periuterini), ma anche le vene distali della gamba, soprattutto la vena poplite possono dare delle Embolie polmonari.

Solo nel 10-20% dei casi l'origine è il distretto della vena cava superiore, mentre le cavità cardiache destre raramente costituiscono la sede di origine delle embolie polmonari.



Il filtro può essere di tipo:

A – temporaneo

B – permanente, ma eventualmente rimovibile



C – definitivo

Il filtro cavale, con forma simile al telaio di un ombrello, grazie alle sue "gambe" trattiene il materiale embolico migrato dalle vene degli arti inferiori o dalle vene iliache (talora con apice libero di muoversi nella vena cava - trombo flottante - quello a maggior rischio di migrazione), prevenendo l'ostruzione delle arterie polmonari causa di arresto cardiocircolatorio nelle gravi embolie polmonari.

I filtri cavali temporanei sono inseriti per ridurre il rischio embolico perioperatorio.

[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° 24 Pag. 2 / 4
	INFORMATIVA PER POSIZIONAMENTO/RIMOZIONE FILTRO CAVALE	

I filtri cavali di tipo permanente, ma eventualmente removibili, possono essere lasciati a dimora per tutto il corso della vita.

I filtri cavali definitivi non possono essere rimossi se non chirurgicamente.

MODALITA' D'INTERVENTO:

➤ **TECNICA DI POSIZIONAMENTO**



- La procedura viene eseguita in sala di emodinamica, sotto controllo emodinamico continuo;
- viene eseguita una infiltrazione sottocutanea con anestetico per uso locale, in corrispondenza di una vena di grosso calibro (vena femorale, brachiale, giugulare interna o succlavia);
- viene punta la vena prescelta e inserita una cannula (introdotto), attraverso la quale viene introdotto l'applicatore del filtro cavale;
- sotto controllo radiografico e con l'iniezione di una piccola quantità di mezzo di contrasto, l'applicatore viene posizionato nel punto designato dal medico operatore e viene quindi rilasciato il dispositivo;
- una volta terminata la procedura si provvede a rimuovere l'applicatore e l'introdotto dalla vena punta e si applica una medicazione compressiva;
- se viene utilizzata la vena femorale il paziente dovrà mantenere la posizione supina per 1-2 ore, prevenendo la formazione di ematomi della sede di puntura;
- nel pomeriggio, prima della probabile dimissione, viene eseguito un controllo ematochimico.

➤ **TECNICA DI RIMOZIONE**

- La procedura viene eseguita in sala di emodinamica, sotto controllo emodinamico continuo;
- viene eseguita una infiltrazione sottocutanea con anestetico per uso locale, in corrispondenza di una vena di grosso calibro (vena femorale, brachiale, giugulare interna o succlavia);

[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° 24 Pag. 3 / 4
	INFORMATIVA PER POSIZIONAMENTO/RIMOZIONE FILTRO CAVALE	

- viene punta la vena prescelta e inserita una cannula (introdotto), attraverso la quale viene introdotto il device per la rimozione del filtro cavale;
- sotto controllo radiografico e, se necessario, con l'iniezione di una piccola quantità di mezzo di contrasto, viene agganciato il filtro in sede, fatto retrarre all'interno del lume del device;
- una volta terminata la procedura si provvede a rimuovere l'estrattore e l'introduttore dalla vena punta e si applica una medicazione compressiva;
- se viene utilizzata la vena femorale il paziente dovrà mantenere la posizione supina per 1-2 ore, prevenendo la formazione di ematomi della sede di puntura;
- nel pomeriggio, prima della probabile dimissione, viene eseguito un controllo ematochimico.

RISCHI E INCOVENIENTI:

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:



TIPO DI COMPLICANZA	PERCENTUALE
MORTALITA'	0.12%
EMBOLIE POLMONARI RICORRENTI	0.5-6%
OSTRUZIONE VENA CAVA INFERIORE	0.5-6%
EMBOLIZZAZIONE FILTRO	2-5%
TRONBOSI DEL SITO D'ACCESSO	0-6%
FRATTURA DEL FILTRO	2-10%
MIGRAZIONE DEL FILTRO	0-18%

CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO: rischio di tromboembolia polmonare.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA: non esistono alternative valide al posizionamento del filtro cavale, essendo il filtro stesso una alternativa

[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° 24 Pag. 4 / 4
	INFORMATIVA PER POSIZIONAMENTO/RIMOZIONE FILTRO CAVALE	

all'intervento chirurgico. In caso di un suo rifiuto si dovrà valutare con il medico una terapia anticoagulante.

DURATA DELLA PROCEDURA: 30-40 minuti.

REGIME DI ASSISTENZA: La procedura viene eseguita in regime di day-hospital.

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:**

