



## **FENOLIZZAZIONE SUBARACNOIDEA**

Queste informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di prestazione che Le è stata consigliata: per ulteriori quesiti potrà rivolgersi al personale medico e/o infermieristico dell'Unità Operativa

### **COS'È?**

- Consiste nell'iniezione di fenolo nel liquor a livello della colonna vertebrale lombosacrale per ledere le vie nervose sacrali. Di norma viene effettuata quando non siano più utilizzabili le funzioni sfinteriali vescicale ed anale.

### **PERCHÉ SI ESEGUE?**

- Per abolire la trasmissione del dolore proveniente dalla regione ano-perineale.
- Quando il dolore non sia controllato con i comuni analgesici o siano presenti incontrollabili effetti collaterali degli stessi.

### **PREPARAZIONE**

Non sono richiesti particolari accorgimenti.

### **MODALITÀ DI REALIZZAZIONE**

Le verrà richiesto di assumere la posizione seduta e Le verrà praticata la disinfezione della regione cutanea lombosacrale.

Previa anestesia locale verrà introdotto un ago all'interno del canale vertebrale sino ad evidenziare la comparsa di liquor; poi si inietterà il fenolo.

### **COMPLICANZE POSSIBILI**

Sensazioni di formicolio e punture di spillo in corrispondenza della regione perineale e parziale perdita di forza agli arti inferiori.

Il personale è comunque sempre a disposizione per fronteggiare eventuali complicanze.



## CONSENSO INFORMATO

La raccolta del consenso informato è un atto che non si esaurisce nella compilazione di un modulo richiesto a fini medico-legali, ma è l'espressione di un processo decisionale a cui partecipano sia il medico che il paziente.

Nel caso di soggetti minori di 18 anni il consenso informato viene espresso dai genitori o da chi esercita la potestà, anche se il minore deve essere reso partecipe del processo decisionale in modo adeguato alla sua età.

Perciò le chiediamo di concedere o meno il consenso solo dopo avere ricevuto dal medico informazioni esaurienti e chiare riguardo alla natura, alle finalità, ai benefici attesi, ai rischi e agli inconvenienti possibili della terapia/procedura che le è stata proposta.

**Il sottoscritto/a.....nato/a a .....  
 il..... dichiara quanto segue:**

- La natura, le finalità, i benefici attesi ed i rischi possibili della terapia o procedura denominata ..... mi sono stati chiaramente spiegati dal dott. .... come evidenziato anche nella Scheda Informativa (.....).**
- L'indicazione del farmaco ....., correttamente in uso per la terapia della patologia di cui è affetto (.....), non è attualmente registrata in Italia; tale indicazione è peraltro documentata nella letteratura internazionale.**
- Mi è stato concesso tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute e per porre eventuali domande; alle domande sono state fornite risposte complete e comprensibili**
- Mi sono state esposte le eventuali alternative a questa terapia/procedura**
- Esiste un rischio specifico per....., di cui il paziente è affetto o per la terapia in atto con .....**

**pertanto**

- **Acconsento di essere sottoposto alla procedura sopra riportata**
- **Non acconsento di essere sottoposto alla procedura sopra riportata**

firma .....

il medico che ha raccolto il consenso (nome e cognome).....

firma .....

nome e cognome di un testimone .....

firma .....

Data .....