



SCHEDA INFORMATIVA PER IL CONSENSO INFORMATO ALLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Gentile paziente,

La terapia alla quale Le consigliamo di sottoporsi necessita di un Suo consenso perché Lei possa, attraverso questo foglio informativo ed il colloquio con il medico, esprimere per iscritto la Sua decisione. Le saremo grati se, prima di esprimere il consenso, leggesse con attenzione quanto qui di seguito riportato e sottoponesse alla nostra attenzione ogni Sua domanda, dubbio o chiarimento che, se risolti, possano metterLa in grado di prendere una decisione informata, responsabile, serena e consapevole.

INFORMAZIONI SULLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Cos'è?

La Nutrizione Artificiale (NA) è una procedura terapeutica che permette di soddisfare i fabbisogni nutrizionali dei pazienti impossibilitati ad alimentarsi adeguatamente per via naturale, permettendo quindi di mantenere o reintegrare lo stato nutrizionale nei pazienti in cui l'alimentazione orale risulti insufficiente, controindicata o non praticabile. La terapia nutrizionale, consentendo il trattamento della malnutrizione, migliora il decorso clinico, la qualità di vita e la prognosi di numerose patologie, influenzando la morbilità e mortalità.

A seconda della via di somministrazione la NA si differenzia in Nutrizione Enterale (NE) quando i nutrienti vengono somministrati direttamente nel tratto digerente mediante l'impiego di apposite sonde nutrizionali introdotte per via nasale (sondino nasogastrico, nasodigiunale, nasoduodenale) o attraverso stomie (gastrostomia endoscopica percutanea: PEG, digiunostomia percutanea: PEJ, gastrostomie e digiunostomie chirurgiche) e Nutrizione Parenterale (NP) quando i nutrienti vengono somministrati direttamente nella circolazione sanguigna attraverso un accesso venoso periferico (Nutrizione Parenterale Periferica) o un accesso venoso centrale (Nutrizione Parenterale Centrale).

Molto spesso la NA si configura anche come un trattamento che necessita di essere continuato in ambito domiciliare (Nutrizione Artificiale Domiciliare). La Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) è l'insieme delle modalità organizzative della NA condotte a domicilio del paziente quando consentito dalle sue condizioni cliniche e dal sussistere di condizioni socio familiari tali da garantire la sicurezza e l'efficacia del trattamento al di fuori dell'ambiente ospedaliero. La sua indicazione viene posta non solo su base clinica ma anche etica e di adeguatezza del paziente, dell'ambiente in cui vive e del caregiver alla gestione domiciliare del trattamento.

La NAD consentendo di trattare a domicilio il paziente, evita il protrarsi dell'ospedalizzazione e facilita il reintegro familiare/sociale/lavorativo del paziente.

La gestione della nutrizione artificiale a domicilio, oltre a soddisfare gli aspetti clinici, assicura al paziente:

- un' adeguata assistenza infermieristica domiciliare in grado di attuare ogni azione prevista dalla NAD ed un periodico follow up
- controlli clinici periodici
- il training al paziente e/o al caregiver
- la fornitura a domicilio delle attrezzature, dei materiali e dei prodotti.

Nell'ambito della Regione Veneto la gestione della NAD è regolamentata dalla Legge Regionale n. 11 del 10 aprile 1998 "Interventi a favore della Nutrizione Artificiale Domiciliare" e successivi DRG n. 2634 del 27 luglio 1999 "Approvazione di Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare" e DRG N.142 del 26 gennaio 2010 "Approvazione di linee guida per la nutrizione enterale domiciliare (NED)".

**Complicanze possibili della nutrizione enterale**

In corso di nutrizione enterale possono svilupparsi delle complicanze dovute alla condizione clinica del paziente, alla modalità di somministrazione della miscela, all'accesso per nutrizione enterale od alla miscela stessa.

Le complicanze di più comune riscontro sono:

- complicanze gastroenteriche (le più frequenti): rigurgito, nausea, vomito, distensione addominale, dolore addominale, alterazioni dell'alvo
- complicanze meccaniche: occlusione della sonda, dislocazione, migrazione o rimozione accidentale della sonda, erosioni e lesioni cutanee peristomali da decubito della sonda
- complicanze metaboliche: alterazione della glicemia, alterazioni del bilancio idro elettrolitico, sindrome da rialimentazione, sindrome da sovralimentazione, alterazioni dell'equilibrio acido base
- complicanze infettive: infezione peristomale da contaminazione batterica o fungina, polmonite ab ingestis

Complicanze possibili della nutrizione parenterale

In corso di nutrizione parenterale possono svilupparsi delle complicanze dovute alla condizione clinica del paziente, alla modalità di somministrazione della miscela, all'accesso per nutrizione parenterale o alla miscela stessa.

Le complicanze di più comune riscontro sono:

- complicanze metaboliche: alterazione della glicemia, alterazioni del bilancio idro elettrolitico, sindrome da rialimentazione, sindrome da sovralimentazione, alterazioni dell'equilibrio acido base, carenza o accumulo di micronutrienti, alterazioni epatobiliari, alterazioni del metabolismo osseo
- complicanze meccaniche: complicanze trombotiche, migrazione della punta del catetere, ostruzione della linea infusione
- complicanze infettive: infezione del tratto extravascolare del catetere, infezione del tratto intravascolare del catetere, sepsi



A CURA DEL MEDICO

Sintesi della situazione clinica.....

.....

Atto proposto

.....

INFORMATIVA :

Il sottoscritto Dott/Dott.ssa.....

DICHIARA

DI AVER FORNITO L'INFORMAZIONE SULL'ATTO SANITARIO PROPOSTO SECONDO LA PROCEDURA AZIENDALE DEL CONSENSO INFORMATO AL PAZIENTE SIGNOR/SIGNORA

.....

LUOGO E DATA.....

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO.....


A CURA DEL/DELLA PAZIENTE

 ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLA
 NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

 Il/La sottoscritto/a
 nato/a a il

D I C H I A R A

1_di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto in merito alla patologia di cui sono affetto / a, alla tipologia e alla modalità di trattamento propostomi, ai benefici attesi ed ai concreti limiti, ai possibili rischi, complicanze, esiti anche negativi, alla possibilità di cambiamento dell'atto sanitario proposto in uno diverso per approccio e svolgimento

 2_di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima della terapia proposta

 3_di barrare la scelta **ACCETTO** o **NON ACCETTO** liberamente, spontaneamente, in piena coscienza riguardo al mio consenso alla **TERAPIA NUTRIZIONALE DOMICILIARE** propostami

FIRMA del/della paziente

FIRMA del tutore/amministratore di sostegno

FIRMA del familiare

FIRMA e TIMBRO del medico

LUOGO E DATA

 Io sottoscritto/a **dichiaro**
 di voler **REVOCARE** il consenso.

Data, ora Firma

 Per attestazione della veridicità di quanto riportato nelle n.ro pagine
 che costituiscono parte integrante e non divisibile della presente documentazione di informazioni mediche e
 dichiarazione di consenso alla terapia a cui il paziente deve essere sottoposto

Data Firma del medico