

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO

BRONCOSCOPIA RIGIDA DIAGNOSTICA e/o OPERATIVA – DISOSTRUZIONE TRACHEALE e/o BRONCHIALE, MECCANICA e/o CON UTILIZZO DEL RAGGIO LASER – DILATAZIONE TRACHEALE e/o BRONCHIALE MECCANICA – POSIZIONAMENTO DI STENT TRACHEALE e/o BRONCHIALE – RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VIA AEREA

Alle ore ____ del __/__/____ ha inizio l'incontro tra il/la Dr./D.ssa _____
Dirigente Medico della U.O.C. di Chirurgia Toracica e il/la Sig./ra _____
_____ nato/a _____ a
_____ (____) il __/__/____, Cod. Fisc. _____
Io sottoscritto/a _____:

- dichiaro di voler ricevere le informazioni inerenti la mia patologia e il trattamento indicato;
- dichiaro di non voler di ricevere, in tutto o in parte, le informazioni inerenti la mia patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni _____
- nomino il/la Sig./Sig.ra _____ persona di mia fiducia come unica autorizzata a ricevere le informazioni sul mio stato di salute e, in caso di necessità, ad esprimere il consenso in mia vece
- dichiaro espressamente di essere stato/a messo/a a conoscenza in modo chiaro e comprensibile dal/dalla Dr./D.ssa _____:

- A sul mio stato di salute e sulla patologia per la quale mi viene proposto l'intervento chirurgico;
- B della natura e del tipo dell'intervento chirurgico;
- C degli obiettivi, dei benefici e dei rischi connessi all'intervento stesso;
- D delle eventuali complicanze e/o menomazioni prevedibili;
- E della possibilità che, durante la procedura chirurgica, possa rendersi necessaria la modifica del tipo di intervento rispetto a quello proposto;
- G del prevedibile decorso post-operatorio;

In particolare dichiaro di essere stato/a informato/a che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la patologia da cui sono affetto è:

e che per la mia patologia, la procedura diagnostica e/o terapeutica consiste in una **BRONCOSCOPIA RIGIDA OPERATIVA**

Le alternative, all'intervento proposto, sono le seguenti:

La trachea e i bronchi sono dei tubi che permettono il passaggio dell'aria dall'ambiente esterno nei polmoni.

Per varie cause (*es. infiammazione, tumore, dopo una intubazione prolungata o una tracheotomia*), si può avere una ostruzione della trachea e/o dei bronchi a vari livelli e di vario grado, con conseguente ostacolo al passaggio dell'aria e conseguente senso di soffocamento. In queste condizioni, a volte è sufficiente l'accumulo di secrezioni per determinare una ostruzione critica, a livello del restringimento della via aerea, con conseguente sindrome asfittica che può mettere in pericolo la stessa vita. Per tale motivo è stata posta indicazione a manovre operative in broncoscopia rigida, finalizzate a ripristinare la normalità del lume della via aerea o almeno a conseguire un lume tale da consentire una ventilazione normale.

Nel mio caso il trattamento prevede l'inserimento nella via aerea, passando per la bocca, di un tubo metallico (broncoscopio rigido) in anestesia generale e, attraverso questo, l'esecuzione di tutte le manovre finalizzate al conseguimento di un calibro della via aerea adeguata ad una ottimale ventilazione. Al fine di rendere stabile il risultato conseguito e/o di prevenire una re-stenosi, sarà posizionata in tale zona, una protesi (c.d. stent) che può essere di silicone o di nitinol.

Sono stato/a informato/a che la procedura chirurgica anche se viene eseguita con tecnica rigorosa seguendo tutti i criteri di sicurezza e sterilità, non è esente da rischi e che il rischio aumenta per malattie concomitanti che, nel mio caso sono: _____

L'intervento può essere gravato da complicanze anche gravi come la perforazione della trachea e/o del bronco sede della patologia, una emorragia grave, il collasso delle pareti tracheali, necessità di ricorrere d'urgenza al posizionamento di una protesi o alla sua rimozione perché dislocata. In rarissimi casi potrebbe anche aversi nel corso della operatività l'ostruzione totale della trachea per dislocamento trasversale della protesi con asfissia e morte.

Le **COMPLICANZE** possono essere di **ordine generico** (a carico del cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) e possono verificarsi soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.) così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc. Nel mio caso l'intervento potrebbe presentare complicanze attribuibili a:

Tali complicanze a volte possono essere così gravi da mettere a rischio la stessa vita del paziente. Vi sono poi complicanze di **ordine specifico**, collegate cioè alle manovre chirurgiche: lacerazione della trachea e/o del bronco, infezione polmonare, atelettasia polmonare, insufficienza respiratoria, pneumomediastino, enfisema sottocutaneo.

In alcuni casi nel periodo peri operatorio potrebbe insorgere una **insufficienza respiratoria** tale da richiedere il ricovero in UTIR (Unità di Terapia Intensiva Respiratoria) dove potrebbe rendersi necessaria una tracheotomia (cioè esecuzione di un orificio sulla parete anteriore della trachea alla base del collo in cui viene posizionata una cannula) per una più adeguata assistenza ventilatoria e gestione della via aerea. Tale provvedimento terapeutico potrebbe essere temporaneo o permanente.

Sono stato informato, inoltre, sulla possibilità che, nel caso in cui le condizioni anatomiche locali, e il risultato ottenuto dopo le procedure, non fornissero sufficienti garanzie di stabilità morfo/funzionale della via aerea principale, possa rendersi necessaria una tracheotomia che potrà essere temporanea o permanente.

Sono altresì consapevole, perché informato/a, che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto, in caso di insorgenza di problematiche di tipo coronarico urgente, potrei essere trasferito/a in altra struttura ospedaliera provvista di UTIC.

E' possibile che, durante l'intervento e/o nel post-operatorio, i Sanitari si trovino nella condizione di dovermi trasfondere sangue e/o emoderivati omologhi.

Accetto **Non accetto** la trasfusione di sangue e/o emoderivati essendo stato informato del rischio di contrarre malattie trasmissibili con il sangue e/o emoderivati (epatite, HIV, ecc.)

Autorizzo **Non autorizzo** i Sanitari che mi stanno curando, a modificare il programma di trattamento intra e post-operatorio laddove si presentassero condizioni di emergenza per sopraggiunte complicanze intraoperatorie e/o post-operatorie, che potrebbero mettere anche a rischio la mia vita. I Sanitari potranno modificare l'intervento chirurgico propositomi e attuare tutte le procedure terapeutiche necessarie per garantire la mia sopravvivenza.

Ciò premesso, io sottoscritto/a _____ alle ore _____

Dichiaro che quanto sopra descritto

Era / **NON era** stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima Unità Operativa

Dichiaro di

Essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente

Non essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto

Dichiaro, altresì, di

Avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto

Non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti

Di porre le seguenti domande: _____

a cui **Sono state fornite** esaurienti risposte **NON sono state fornite** esaurienti risposte

Quindi, consapevolmente, **Acconsento** **Non acconsento** al programma di trattamento propostomi.

Autorizzo **Non autorizzo** inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Autorizzo **Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi, eventualmente asportatimi durante il trattamento, al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsento** **Non acconsento** affinché, nel corso delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese video-fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari.

Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore _____ del ___/___/____

Firma del/della Paziente

Firma del Tutore/Genitore

Firma del Medico

REVOCA DEL CONSENSO

In data ___/___/___, alle ore _____ il/la paziente, Sig./ra _____ manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra accordato.

Il/la Dr/D.ssa _____ prospetta al paziente (e alla persona indicata come di sua fiducia) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: _____

Il/la Dr/D.ssa _____ prospetta al paziente (e alla persona indicata come di sua fiducia) le possibili alternative sintetizzabili come segue: _____

Il/la Dr/D.ssa _____ propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): _____

Il/la Sig./ra _____, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico, pone le seguenti domande: _____

a cui **Sono state fornite** esaurienti risposte **NON sono state** fornite esaurienti risposte

alle ore _____ del ___/___/___ il/la Sig./ra _____

Revoca il consenso precedentemente accordato **NON revoca** il consenso precedentemente accordato

Firma del/della Paziente

Firma del Genitore/Tutore

Firma del Medico