

**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**

**CONSENSO INFORMATO**

**I Tumori Cervico-Mediastinici**

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. \_\_\_\_\_

lo 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 eventuale terapie alternative
- E delle eventuali complicanze e/o menomazioni prevedibili
- F 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
- H della impossibilità di escludere una recidiva del tumore, alla distanza di un tempo variabile, indipendentemente dalla radicalità della resezione

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 tale patologia mi viene consigliata la seguente procedura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avendo io liberamente e scientemente accettato di sottopormi al trattamento chirurgico, mi sono state fornite in modo comprensibile e dettagliato tutte le informazioni relative alle procedure da eseguire e, precisamente, mi è stato detto che l'intervento chirurgico viene eseguito in anestesia generale con intubazione orotracheale per assicurare la respirazione.

Il primo tempo prevede la cervicotomia (apertura dei tessuti alla base del collo) per la rimozione della tumefazione presente davanti alla laringe e trachea (gozzo). L'impegno del mediastino da parte dello stesso gozzo (*Il mediastino è lo spazio compreso fra i due polmoni ed in esso sono contenuti importanti organi quali, ad esempio, la trachea, l'esofago, il cuore*) e la eventuale impossibilità di enuclearlo (*a motivo delle sue dimensioni e per la presenza di aderenza con gli organi mediastinici*) potrebbe richiedere la manubriotomia dello sterno al fine di favorire un più agevole accesso agli organi mediastinici. La manubriotomia consiste nella incisione longitudinale del piano cutaneo sovra-sternale e nella sezione del manubrio dello sterno con un'apposita sega elettrica per osso. La neoformazione viene isolata dagli organi adiacenti, quali la trachea, i grossi vasi mediastinici, l'esofago. L'intervento termina con il posizionamento di drenaggi nel mediastino e pretracheale e la chiusura della manubriotomia e dei tessuti molli del collo.

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 anestesologica, 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:

- **Accumulo di secrezioni** con ostruzione dei bronchi e **atelettasia** polmonare che comporta l'esecuzione di broncoaspirazioni
- **Aritmie cardiache**
- **Emorragia** immediata o tardiva di entità variabile ma che, a volte, può richiedere una revisione chirurgica della emostasi
- **Infezione** da inquinamento con conseguente empiema pleurico, o polmonite, o mediastinite o della ferita
- Lesione del **nervo frenico** durante le manovre chirurgiche
- Lesione del **nervo ricorrente** durante l'asportazione dei linfonodi subaortici
- **Malfunzionamento dei drenaggi** per ostruzione o dislocazione. Tale evenienza comporta a volte il riposizionamento del drenaggio o il posizionamento di un nuovo drenaggio
- **Nevralgie intercostali** da ricondursi al trauma chirurgico
- **Chilotorace**: evento raro ma possibile come complicanza della linfadenectomia con lesione del dotto toracico e/o del dotto toracico accessorio. Comporta un periodo più o meno lungo di dieta alipidica con persistenza del drenaggio in sede e, se non si ripara autonomamente, ci potrebbe essere la necessità di eseguire una correzione chirurgica
- **Embolia polmonare**
- **Cicatrice deturpante**
- **ARDS (Sindrome da Distress Respiratoria Acuta)**
- In alcuni casi nel periodo post-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 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 urgenti, potrei essere trasferito 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 omologhi 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 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.

**Autorizzo**  **Non autorizzo** i Sanitari qualora dovessero rendersi conto che l'intervento chirurgico, per essere ritenuto radicale dal punto di vista oncologico, dovesse richiedere una **demolizione più ampia** di quella prevista, a procedere per portare a termine la procedura anche con un intervento differente da quello programmato.

Sono infine consapevole che, per motivi anatomici e/o oncologici il programma di trattamento chirurgico potrebbe non essere portata a termine e concludersi con la cosiddetta "**Procedura esplorativa**".

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 U.O.

**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 propositomi.

**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 asportati 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** a che, nel corso di 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 Genitore/Tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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