

**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**

**CONSENSO INFORMATO PER**

**PROCEDURA DIAGNOSTICA e/o TERAPEUTICA ECO-GUIDATA PER PATOLOGIA MEDIASTINICA**

**– DELLA PARETE TORACICA – DEL CAVO PLEURICO – DEL POLMONE**

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 la procedura diagnostica e/o terapeutica invasiva da praticarsi

dichiaro di non voler di ricevere, in tutto o in parte, le informazioni inerenti la mia patologia la procedura diagnostica e/o terapeutica invasiva da praticarsi 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 la procedura diagnostico e/o terapeutica
- B della natura e del tipo di procedura
- C degli obiettivi, dei benefici e dei rischi connessi all'intervento stesso
- D delle eventuali soluzioni alternative
- E delle eventuali complicanze e/o menomazioni prevedibili
- F della possibilità che, durante la procedura diagnostica e/o terapeutica, possano rendersi necessarie delle variazioni al progetto rispetto a quello concordato
- G del prevedibile decorso post-procedura

In particolare dichiaro di essere stato/a informato/a che, alla luce delle indagini 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 alla procedura diagnostica e/o terapeutica in eco-guida, mi sono state fornite in modo comprensibile e dettagliato tutte le informazioni relative alle procedure da eseguire e precisamente mi è stato riferito che dopo la localizzazione della patologia della parete toracica, o della pleura parietale, o del cavo pleurico o del polmone o del mediastino, si procederà, previa anestesia locale, con un ago, ad eseguire dei prelievi di tessuto (o di liquido), seguendo in real time la progressione e il percorso dell'ago per una accuratezza dei prelievi e la possibilità di ridurre al minimo l'incidenza di complicanze.

Il materiale prelevato verrà inviato in Anatomia Patologica per le indagini di competenza. Se la procedura viene indicata ed eseguita per la diagnosi e terapia di un versamento pleurico, si procederà al posizionamento di un drenaggio in cavo pleurico.

Sono stato/a informato/a che la procedura anche se viene eseguita con tecnica rigorosa seguendo tutti i criteri di sicurezza e sterilità, non è esente da **complicanze** quali: emorragia, infezione, pneumotorace, nevralgie intercostali, disseminazione di cellule neoplastiche \_\_\_\_\_

E' possibile che, a causa di una eventuale complicanza emorragica, 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 gli emoderivati (epatite, HIV, ecc.)

**Autorizzo**    **Non autorizzo** i Sanitari che mi stanno curando, a modificare il programma diagnostico/terapeutico laddove si presentassero condizioni di emergenza per sopraggiunte complicanze che potrebbero mettere anche a rischio la mia vita. I Sanitari potranno modificare la procedura diagnostico/terapeutica propositami e mettere in atto ogni procedura terapeutica finalizzata a garantire la mia sopravvivenza.

Ciò premesso, io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**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 diagnostico/terapeutico propostomi

**Autorizzo**  **Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti/liquidi asportatimi durante la procedura al fine di formulare una diagnosi cito/istologica.

**Autorizzo**  **Non autorizzo** inoltre i sanitari, se durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie, non rilevate in precedenza, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla diagnosi/cura di tali patologie, anche modificando il programma diagnostico/terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato.

Inoltre,  **Acconsento**  **Non acconsento** affinché, 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.

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 Tutore/Genitore

Firma del Medico