

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

**PROCEDURA DIAGNOSTICA e/o TERAPEUTICA PER
PATOLOGIA DELLA PARETE TORACICA EXTRA PLEURICA**

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 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 della patologia, 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:

BIOPSIA ASPORTAZIONE _____

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. Si procede quindi alla localizzazione e isolamento della neoformazione che viene asportata da sola o in blocco con i tessuti circostanti se infiltrati dalla neoformazione stessa. A seconda del tipo di resezione e/o della quantità di tessuto asportato, potrebbe rendersi necessario un intervento di riparazione con lembi di tessuti vicini a riparare il difetto residuo.

L'intervento termina con il posizionamento di drenaggi e la chiusura delle incisioni chirurgiche. Onde evitare la formazione dei c.d sieromi, il drenaggio rimarrà in sede dai quindici ai ventuno giorni a seconda della quantità giornaliera del liquido drenato. Per questo motivo il drenaggio non verrà rimosso prima della dimissione ma rimarrà in sede e sarà oggetto di controlli ambulatoriali dopo la dimissione.

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:

- Alterazione del contenuto pleurico (**emotorace, pneumotorace**) da ricondursi alle procedure messe in atto per isolare la neoformazione dal piano costale e dai muscoli intercostali. Questo evento potrebbe comportare il posizionamento di un drenaggio in cavo pleurico
- **Aritmie cardiache**
- **Emorragia** immediata o tardiva che, a volte, può richiedere una revisione chirurgica della emostasi
- **Infezione** della ferita
- **Malfunzionamento dei drenaggi** per ostruzione, dislocazione o rimozione accidentale anzi tempo. Tale evenienza potrebbe richiedere il ri-posizionamento del drenaggio o il posizionamento di un nuovo drenaggio
- **Neuralgie intercostali** da ricondursi al trauma chirurgico
- **Embolia polmonare**
- **Cicatrice deturpante**

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/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 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.

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,

- Accenso** **Non accenso** al programma diagnostico/terapeutico 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 prospettatomi 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, **Accenso** **Non accenso** 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.

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