

**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**

**CONSENSO INFORMATO**

**PROCEDURA DIAGNOSTICA e/o TERAPEUTICA PER PATOLOGIA DELLA PLEURICA**

**e/o DEL CONTENUTO PLEURICO – PNEUMOTORACE - PLEURODESI**

**EVENTUALE PLEURECTOMIA/DECORTICAZIONE**

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

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

Ispezzimento pleurico  Pneumotorace  \_\_\_\_\_

e che per tale patologia mi viene consigliata la seguente procedura:

Drenaggio del liquido pleurico ed esplorazione della cavità  Decaillottage  Biopsie della pleura parietale  Biopsie della pleura viscerale e/o del parenchima polmonare  Pleurectomia parziale

Empiemectomia  Decorticazione pleuro-polmonare  Pleurodesi chimica  Bullectomia

Resezione dell'apice polmonare  \_\_\_\_\_

---

Avendo io liberamente e scientemente accettato di sottopormi alla procedura chirurgica propostami, 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 verrà eseguito con un approccio  **VATS** (Chirurgia Toracica Video Assistita)  **OPEN** (Aperto). Nel primo caso vengono eseguiti uno, due o tre piccole incisioni sulla parete toracica attraverso le quali si inseriscono gli strumenti chirurgici miniaturizzati con i quali, e con il supporto di una telecamera e di un monitor video, si eseguono tutte le procedure chirurgiche all'interno del torace e/o del mediastino. Nel secondo caso si esegue una incisione più ampia sulla parete toracica tale da permettere la divaricazione dello spazio intercostale e tutte le procedure chirurgiche vengo eseguite sotto visione diretta. Ci sono delle circostanze in cui l'intervento viene iniziato in VATS ma per motivi anatomici locali, per particolari condizioni della stessa patologia e, non ultima, per motivi di sicurezza, si decide di eseguire una **conversione** in OPEN e portare a termine l'intervento con questo approccio. In entrambi i casi l'intervento chirurgico viene eseguito in anestesia generale e intubazione orotracheale con tubo a doppio lume, cioè attraverso la bocca viene fatto passare un tubo particolare (a doppio lume) che permette la ventilazione mono-polmonare (cioè la ventilazione del polmone che si trova sul lato opposto al lato dell'intervento mentre il polmone che si trova nello stesso lato dell'intervento viene messo a riposo per consentire tutte le manovre necessarie a realizzare il programma diagnostico e/o terapeutico). Entrati in cavo pleurico, si procederà al programma diagnostico/terapeutico necessario. Dopo adeguata toilette dello spazio pleurico dal suo contenuto patologico (sangue, pus, liquido eccessivo), si procederà all'esame obiettivo delle strutture, quindi ai prelievi bioptici, se previsti. Il dato anamnestico di recidiva del versamento, rapportato all'esame obiettivo locale e all'eventuale riscontro istologico estemporaneo di neoplasia pleurica, porterà al passaggio successivo mirante al conseguimento della sinfisi pleurica condizione necessaria per prevenire il riformarsi del versamento. Pertanto, previa verifica della riesponsibilità del parenchima polmonare, si introduce in cavo pleurico un adeguato quantitativo di talco medicale che con la mediazione di un processo flogistico pleurico, determinerà una

sinfisi tra la pleura viscerale e la pleura parietale tale da impedire il riformarsi delle raccolte liquide intrapleuriche.

Laddove fosse indicato, si potrebbe eseguire un intervento di pleurectomia/decorticazione polmonare che consiste nel liberare il polmone dalla corazza fibrosa che, costringendolo, non gli permette di svolgere adeguatamente la sua funzione.

In caso di pneumotorace si procederà alla resezione delle bolle, se presenti, o a quella quota di parenchima polmonare distrofico (cioè strutturalmente alterato) responsabile delle perdite aeree dal polmone. Si procederà quindi a praticare manovre endopleuriche finalizzate alla prevenzione delle recidive tramite un processo di sinfisi pleurica (cioè si farà in modo che la pleura parietale si unisca in maniera stabile alla pleura viscerale tanto da elidere lo spazio pleurico).

L'intervento termina con il posizionamento di uno o più tubi di drenaggio in cavo pleurico.

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 anestesiologicala, 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

**Emorragia** immediata o tardiva di entità variabile ma che, a volte, può richiedere una esplorazione chirurgica della situazione endotoracica e, con tutti i rischi collegati, l'impiego di emotrasfusioni.

**Infezione** da inquinamento del polmone, del mediastino e/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 ri-

posizionamento del drenaggio o il posizionamento di un nuovo drenaggio

**Nevralgie intercostali** da ricondursi al trauma chirurgico (compressione, ustione o sezione)

**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

**Empiema pleurico, Embolia polmonare, Cicatrice deturpante, ARDS (Sindrome da Distress Respiratoria Acuta), Aritmie cardiache**

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/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.

**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.

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

**Acconso**  **Non acconso** 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 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,  **Acconso**  **Non acconso** a ché, 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