

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

RESEZIONE/RIPARAZIONE DI TRACHEA

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

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 è indicata : _____

Le alternative al proposto intervento sono le seguenti: _____

L'intervento chirurgico programmato prevede _____

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 verrà eseguito in ☐ Anestesia locale ☐ Anestesia generale e intubazione orotracheale, cioè attraverso la bocca viene fatto passare un tubo a doppio lume che permette la ventilazione mono o bi polmonare mentre si esegue l'intervento.

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 anestesilogica, 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:

- **Emorragia** immediata o tardiva di entità variabile ma che, a volte, può richiedere una revisione dell'emostasi
- **Stenosi** tracheale precoce (da edema) o tardiva (da esiti cicatriziali)
- **Infezione** del polmone e/o della ferita
- Lesione del **nervo ricorrente**

- **Distacco** della trachea dalla laringe
- **Fistola tracheo-esofagea**
- **Enfisema sottocutaneo**
- **Empiema pleurico**
- **Ascesso del collo/Mediastinite**
- **Disturbi della deglutizione (disfagia)**
- **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 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 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 propostomi 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

☐ **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 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, ☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento** a ch , 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 libert  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/ircs> nell'apposita sezione "Privacy"

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

Firma del/della Paziente

Firma del Tutore/Fiduciario

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/Fiduciario

Firma del Medico