

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

SIMPATICECTOMIA TORACICA

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 della iperidrosi, alla distanza di un tempo variabile

In particolare dichiaro di essere stato/a informato/a che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la patologia da cui sono affetto è: **IPERIDROSI (ovvero eccessiva sudorazione) MANI E ASCELLE** e che per la mia patologia la procedura terapeutica consiste in una **SIMPATICTOMIA TORACICA**
Le alternative, all' intervento proposto, sono le seguenti: _____

L'intervento è denominato **SIMPATICTOMIA TORACICA VIDEO ASSISTITA** e consiste in: Videotoracosopia Riconoscimento e Isolamento della catena del sistema nervoso simpatico toracico a livello delle vertebre toraciche D3-D4. Questo segmento di nervo può essere compresso tra clips di titanio o sezionato con ansa diatermica.

Oggigiorno questo intervento è diventato il principio terapeutico di prima scelta per la cura definitiva dell'iperidrosi moderata o grave palmare e del viso, qualora altre terapie non abbiano dato risultati soddisfacenti. Si tratta di un intervento di invasività minima sviluppato negli ultimi anni. 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 opposto al lato dell'intervento mentre il polmone omolaterale viene messo a riposo in maniera da consentire una ottimale visibilità durante le procedure). Si praticano quindi, sulla parete toracica, a livello dell'ascella, una o due incisioni di circa 1-2 cm attraverso le quali vengono inseriti gli strumenti necessari per individuare, isolare e comprimere o sezionare la catena del sistema nervoso simpatico a livello delle vertebre toraciche D3-D4 dal quale partono gli impulsi per la patologica funzione delle ghiandole sudoripare delle mani e/o delle ascelle omolaterali all'intervento. Si controlla quindi che non ci siano complicanze locali, da ricondurre alle procedure eseguite (es. sanguinamento), si posiziona un tubo di drenaggio nello spazio pleurico per permettere la fuoriuscita dell'aria fatta entrare ad arte per permettere il collasso del polmone e si considera completata la procedura. Per quanto riguarda i risultati attesi, la simpaticotomia cura l'iperidrosi palmare definitivamente in quasi tutti i casi (>99%). L'effetto è immediato, infatti la mano dell'emi lato operato si presenta, al tatto, calda ed asciutta già al risveglio dall'anestesia e notevole è la riduzione, fino alla cessazione, della sudorazione ascellare omolaterale alla sede dell'intervento. Qualche volta si osserva anche una riduzione della sudorazione a livello dell'emifaccia.

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 anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc. Nel mio caso l'intervento potrebbe presentare complicanze attribuibili a:

Vi sono poi complicanze di **ordine specifico**, collegate cioè alle manovre chirurgiche: come infezione delle ferite chirurgiche, infezione polmonare, pneumotorace persistente tale da richiedere un prolungamento dei tempi di drenaggio e quindi della ospedalizzazione, emorragia intra e/o post-operatoria, dolore toracico post-operatorio, cicatrice deturpante, insufficienza respiratoria, lacerazione vascolare, compromissione nervosa, atelettasia polmonare, empiema pleurico, **sindrome di Horner** (complicanza più temuta, dovuta alla lesione del primo ganglio toracico, il cosiddetto ganglio stellato. I sintomi consistono nel c.d. enoftalmo con secondario abbassamento della palpebra superiore e l'anidrosi all'emifaccia. Il rischio di tale evenienza varia dallo 0.3 al 3 % dei casi operati. La correzione di questa complicanza richiede un intervento di chirurgia plastica (blefaroplastica = riduzione della palpebra superiore).

Effetti collaterali Circa la metà dei pazienti nota una sudorazione compensatoria in altre parti del corpo dopo l'intervento, di solito al tronco e qualche volta alle gambe. Questo fenomeno si manifesta specialmente durante l'esercizio fisico e in presenza di alte temperature ambientali, ma può apparire anche senza questi stimoli. Questo aumento di sudorazione è in genere leggero, molti pazienti lo notano appena, ma in qualche caso, fortunatamente meno frequente, può anche diventare fastidioso. Nella maggioranza dei casi, questa sudorazione tende ad attenuarsi gradualmente durante il periodo di guarigione che dura qualche mese. In ogni caso, per la maggioranza dei pazienti si tratta di un inconveniente molto più accettabile rispetto all'iperidrosi per cui sono stati operati. Una sudorazione compensatoria importante e fastidiosa si manifesta in circa l'1,5% dei casi. Non si conoscono altri effetti collaterali a lungo termine.

Risultato fallito: Evenienza rara di solito collegata alla impossibilità di reperire la catena del simpatico toracico per la presenza di esiti di patologie pleuriche patite dal paziente o per variazioni anatomiche.

Sono stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica) pertanto in caso di una tale necessità urgente dovrei 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 ☐ **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 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/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
