



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

TORACENTESI e/o DRENAGGIO TUBULARE DEL CAVO PLEURICO

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 Prof./Dott. _____:

- 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

Nel mio caso, dichiaro di essere stato/a informato/a in maniera chiara e da me comprensibile che sono affetto da: _____

_____ e che per questa patologia vi è indicazione a :

- Toracentesi Posizionamento di un tubo di drenaggio in cavo pleurico

Dichiaro di essere stato/a informato/a in maniera chiara e da me comprensibile che la procedura verrà eseguita in anestesia locale e che consiste nell'attraversare la parete toracica con un ago e/o con un tubo per raggiungere lo spazio pleurico, in cui si sarà accumulato liquido o aria, per raccogliarli all'esterno del torace e consentire quindi al polmone di espandersi.

Il/la Dr/D.ssa _____ mi ha detto in maniera chiara e comprensibile che queste manovre, anche se vengono eseguite con tecnica perfetta, e con perizia, diligenza e prudenza, possono essere gravate da complicanze 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.

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: atelettasia polmonare, insufficienza respiratoria, pneumomediastino, enfisema sottocutaneo, emorragia, c.d. riflesso vagale, incompleta riespansione del polmone, edema polmonare, pneumotorace, perforazione del polmone.

E' possibile che, durante l'intervento e/o dopo la procedura, 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 laddove si presentassero condizioni di emergenza per sopraggiunte complicanze che potrebbero mettere anche a rischio la mia vita. I Sanitari autorizzati a mettere in atto tutte le procedure terapeutiche necessarie per 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,

Accenso **Non accenso** al programma di trattamento propostomi.

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.

Inoltre, **Accenso** **Non accenso** 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 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 Genitore/Tutore

Firma del Medico
