

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

**TORACOTOMIA DIAGNOSTICA E/O TERAPEUTICA
NEL TRAUMA TORACICO**

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: _____

e che per tale patologia è indicata : _____

Le alternative al proposto intervento sono le seguenti: _____

L'intervento chirurgico viene eseguito in anestesia generale con intubazione oro-tracheale con tubo a doppio lume per assicurare la respirazione ed esclusione del polmone che occupa il cavo pleurico sede di intervento.

Viene eseguita una toracotomia (*incisione della parete toracica*), con accesso al cavo pleurico attraverso il IV, V o VI spazio intercostale; nella fase di accesso al cavo pleurico può rendersi necessaria l'asportazione di una costa o una sua semplice sezione per migliorare la visibilità nel campo operatorio. L'intervento, nel Suo caso, prevede:

L'intervento termina con il posizionamento di drenaggi in cavo pleurico e la chiusura della toracotomia.

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 anestesiológica, 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
- **Persistente perdita di aria** dal polmone operato che comporta un prolungamento dei tempi di permanenza dei drenaggi in cavo pleurico e, a volte, una incompleta riespansione del parenchima polmonare residuo.
- **Aritmie cardiache**
- **Emorragia** immediata o tardiva di entità variabile ma che, a volte, può richiedere una revisione chirurgica della situazione endotoracica e, con tutti i rischi collegati, l'impiego di emotrasfusioni.
- **Stenosi** tracheale e/o bronchiale precoce (da edema) o tardiva (da esiti cicatriziali) o nella sede delle suture anastomotiche tracheali o bronchiali
- **Infezione** del polmone e/o della ferita
- **Ernia del cuore** in caso di apertura del pericardio per l'accesso ai vasi polmonari, o di asportazione di una porzione del pericardio. Tale evenienza richiede una immediata correzione chirurgica
- Lesione del **nervo frenico** durante le manovre chirurgiche (ma potrebbe esserlo già per il trauma)
- Lesione del **nervo ricorrente** durante le manovre chirurgiche (ma potrebbe esserlo già per il trauma)
- **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 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**

- **Sindrome da Distress Respiratoria Acuta (ARDS)**

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.

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 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 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, **Accenso** **Non accenso** 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 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