CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritta/o _____

nata/o a _____il_____nel pieno possesso delle mie

facoltà dichiaro di essere stata/o informata/o in modo dettagliato, chiaro e comprensibile, dal Dottor

_____, sui seguenti punti:

1. La malattia di cui sono affetta/o è:

   _____

2. la prognosi correlata al mio stato di malattia *(cioè la prevedibile evoluzione nel tempo della mia malattia),*

   consiste in: _____

3. il piano generale di trattamento (multidisciplinare) che coinvolge le diverse modalità (chirurgia, radioterapia,

   oncologia medica, altro), consiste in: _____

4. il piano specifico di trattamento medico della mia malattia in fase (primaria, adiuvante, avanzata, ricaduta.),

   consiste in: _____

5. Lo schema previsto di terapia, si chiama_____

   e comprende i seguenti farmaci:

   _____

   che verranno somministrati per n._____di cicli, ripetuti ogni_____giorni

   ☐per via endovenosa_____

   ☐per bocca_____

   ☐per via intramuscolare_____

   per la durata prevedibile di _____

Tale schema potrebbe essere modificato in temini di dosi, numero di cicli e via di somministrazione, in rapporto alla tolleranza e tossicità riscontrata.

6. La terapia in vena potrà eventualmente richiedere, per la sua somministrazione un accesso venoso centrale.

7. Sono stata/o messa/o a conoscenza dei potenziali benefici legati a questo trattamento;

8. Sono stata/o messa/o a conoscenza dei principali effetti indesiderati legati a questo trattamento, e in particolare a:

Effetti indesiderati	Raro <10%	Frequente (10-50%)	Molto Frequente (>50%)
Stanchezza,			
dolori muscolari, dolori articolari			
nausea /vomito,			
caduta dei capelli,			
calo dei globuli rossi e/o piastrine e possibili trasfusioni			
diminuzione dei globuli bianchi			
rischio di infezioni febbrili			
diarrea transitoria			
infiammazione delle mucose			
lacrimazione			
reazioni allergiche:difficoltà a respirare,			
senso di soffocamento,			
febbre,			
prurito,			
orticaria,			
formicolii o punture di spillo alle dita delle mani/piedi),			
eruzioni cutanee,			
irregolarità mestruali,			
interruzione (transitoria o permanente) delle mestruazioni,			
possibile comparsa di sterilità in età fertile			
flebiti e dolore nel punto di iniezione dei farmaci,			
alterazione della funzionalità renale,			
alterazione della funzionalità epatica,			
disturbi del ritmo cardiaco e/o della funzionalità cardiaca,			
altro			

Per maggiori dettagli sugli effetti indesiderati mi è stato messo a disposizione il foglio illustrativo di ciascun chemioterapico (su richiesta del paziente).

9. Sono stata/o messa/o a conoscenza che i farmaci antitumorali saranno somministrati alle dosi e con le modalità previste in letteratura medica, e che verranno eseguiti i controlli clinici, gli atti preventivi e curativi necessari per ridurre al minimo gli effetti indesiderati della terapia.

10. Sono stata/o informata/o circa gli esami ed i controlli periodici cui dovrò sottopormi nel corso della terapia per verificarne l'efficacia e l'eventuale tossicità.

11. Sono stata/o messa/o a conoscenza della necessità di evitare il concepimento durante ed immediatamente dopo il trattamento (perché non è possibile escludere effetti pericolosi per il feto) e della necessità di comunicare ai medici di questa struttura oncologica eventuali gravidanze intraprese da me/dalla mia partner.

12. Sono stata/o informata/o circa le possibili alternative terapeutiche disponibili (benefici teorici e tossicità), esistenti per la mia situazione (stadio) di malattia e sulla possibilità di essere reclutato in studi clinici sperimentali, con i connessi vantaggi e potenziali svantaggi.

13. Sono stata/o informata/o della prognosi e della prevedibile evoluzione della mia malattia in assenza delle cure proposte.

14. Il presente modulo è stato lasciato in mio possesso per almeno 24 ore. Ho avuto il tempo per riflettere e la possibilità di porre in proposito tutte le domande che ho ritenuto opportune, ed ho ottenuto in merito risposte che ho compreso appieno e che mi hanno soddisfatto.

15. La presente dichiarazione vale per l'intero ciclo terapeutico, ma so che posso decidere liberamente, in qualsiasi momento, di interrompere il trattamento. Il medico oncologo che mi ha in cura potrà allora informarmi su eventuali altri trattamenti che dovessero prospettarsi in relazione alla mia condizione. Allo stesso modo, qualora nel corso della terapia il medico oncologo ritenesse opportuno interrompere o modificare il trattamento intrapreso in base alle mie mutate condizioni, o alla disponibilità di nuovi risultati, ne sarò tempestivamente informata/o.

16. Sono stata/o informata/o che, nel caso di rifiuto al trattamento considerato ottimale propostomi dal medico, sarà valutato un trattamento antitumorale alternativo (se disponibile), e mi sarà sempre assicurata la continuità dell'assistenza e delle cure di tipo palliativo, con il massimo dell'impegno e professionalità da parte dei medici della struttura che mi ha preso in carico, o affidandomi a centri ad esse dedicate.

17. Sono stata/o informata/o che tutte le informazioni ed i dati che saranno raccolti, in relazione alla mia persona saranno tenute riservate e trattate in conformità al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs

196/03, così come modificato dal D.lgs 101/18), in osservanza del Regolamento (U.E.) 2016/679, dei Provvedimenti prescrittivi del Garante (provv. n. 146 del 5 giugno 2019 recante le prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati) nonché alle norme dettate dai Codici di deontologia medica.

Sulla base delle informazioni che mi sono state fornite:

acconsento ☐

non acconsento ☐

ad eseguire il trattamento propostomi.

Luogo e data _____

Nome e cognome della/del paziente (a stampatello)_____

Firma della/del paziente_____

Nome e cognome del medico (a stampatello)_____

Firma del Medico_____

Firma di un eventuale testimone che ha parimenti ben compreso quanto spiegato dal medico
(solo se richiesto dalla/dal paziente)

_____

Copia da consegnare al paziente, originale in cartella.

REVOCA del Consenso

In data_____ alle ore_____ la/il paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico _____ prospetta al paziente (ed ai suoi familiari poiché vi ha

consentito) le conseguenze di tale decisione:_____

Alle ore_____

Il/la paziente

☐ Revoca il consenso precedentemente manifestato

☐ NON lo revoca

Firma del Paziente_____

Firma del Medico_____