



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**  
**CONSENSO INFORMATO**  
**ASPORTAZIONE PER TRATTAMENTO PATOLOGIA MAMMARIA**  
**PRESUMIBILMENTE BENIGNA**

Alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ il quale dichiara

- ☐ di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato
- ☐ rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni \_\_\_\_\_
- ☐ indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece: \_\_\_\_\_
- ☐ essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontrata: **PATOLOGIA MAMMARIA** presumibilmente **BENIGNA**, per la quale è indicato l'intervento chirurgico di **ASPORTAZIONE**, che verrà praticato dall'Equipe di questa Unità Operativa.

Sono stata/o informata/o che la patologia benigna della mammella può essere molto varia e presentarsi sotto diversa forma sia nelle giovani donne (fibroadenoma) ma più spesso come espressione di un processo di invecchiamento che si verifica nella mammella normale nel corso della vita di una donna.

L'asportazione di queste patologie benigne è essenzialmente motivata dalla necessità di eseguire una biopsia per escludere la presenza di un tumore maligno, dal rapido accrescimento di un nodulo, dalla presenza di secrezioni fastidiose, ecc.

Sono stata/o informata/o anche che potrebbe essere necessario modificare sia il tipo di anestesia sia l'intervento chirurgico in rapporto alla valutazione intraoperatoria e che l'intervento programmato potrebbe essere integrato con altri provvedimenti chirurgici.

Mi è stato spiegato chiaramente che l'intervento si svolgerà in **anestesia locale** in sedazione ☐ in **anestesia generale** ☐ e che comunque residueranno una o più cicatrici.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate o tardive, quali:

- **ematoma, sieroma, dolore postoperatorio** (peraltro sempre di lieve entità).
- Meno frequenti, ma possibili, sono le complicanze di ordine estetico (**cheloidi e cicatrici** causanti dismorfismo).
- **complicanze generiche** ( a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello,ecc.) 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), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.
- Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da:\_\_\_\_\_

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi, e che la frequenza delle complicanze può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o:

\_\_\_\_\_.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettatomi.

*Il/La paziente è stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore \_\_\_\_\_

**Dichiara** 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.

**Dichiara 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 esserlo stato

**Dichiara, altresì, di**

☐ avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto

☐ non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti

☐ di porre le seguenti domande:

---

---

a cui ☐ viene fornita esauriente risposta ☐ NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

**Acconsente** ☐ **Non acconsente** ☐ al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

**Autorizza** ☐ **Non autorizza** ☐ 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.

**Autorizza** ☐ **Non autorizza** ☐ l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsente** ☐ **Non acconsente** ☐ che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o 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 Medico

\_\_\_\_\_

Firma del/della paziente

\_\_\_\_\_

## REVOCA del Consenso

In data\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico \_\_\_\_\_ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue:\_\_\_\_\_

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue:\_\_\_\_\_

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica):\_\_\_\_\_

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande:\_\_\_\_\_

a cui ☐ viene fornita esauriente risposta ☐ NON viene fornita esauriente risposta

alle ore\_\_\_\_\_

il paziente

☐ Revoca il consenso precedentemente manifestato

☐ NON lo revoca

Firma Paziente\_\_\_\_\_

Firma Medico\_\_\_\_\_