



**CONSENSO INFORMATO
INTERVENTO DI MASTECTOMIA di RIDUZIONE RISCHIO
ONCOLOGICO**

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. _____ sulla patologia riscontratami: _____ e che per tale patologia è indicato un intervento chirurgico di **MASTECTOMIA PROFILATTICA** **Destra** / **Sinistra** / **Bilaterale** **in anestesia generale.**

In merito all'indicazione all'intervento, dichiaro che essa è frutto della **mia libera scelta**, avvenuta in tempi e modi adeguati alle mie necessità, in considerazione delle seguenti premesse:

- accertato alto rischio personale di sviluppare un tumore alla mammella documentato da un test genetico positivo;
- discussione di tutte le opzioni alternative disponibili di riduzione del rischio (prevenzione primaria e secondaria, in particolare: controlli clinico-strumentali ravvicinati basati sull'utilizzo periodico della risonanza magnetica);
- discussione multidisciplinare del mio caso specifico, con approvazione da parte del team di specialisti dell'appropriatezza della mia opzione per la mastectomia, come attestato dal documento in cartella clinica;
- sostegno psicologico durante la fase decisionale trattandosi di una procedura irreversibile.

INFORMAZIONI GENERALI

Dichiaro, in merito all'intervento propostomi, che mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici e limiti, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto che comunque residueranno una o più cicatrici. In particolare sono consapevole del fatto che:

- questo intervento riduce in modo importante il rischio di tumore al seno (90-95%) senza **tuttavia azzerarlo**;
- nel caso di tecnica di mastectomia che risparmia il complesso areola-capezzolo si verificherà la **perdita di sensibilità dell'areola e del capezzolo** e della capacità erettile dello stesso (solitamente permanente);

- non è sempre possibile risparmiare il complesso areola capezzolo: dipende dalle dimensioni e forma della mammella, dalla mia età, dal tabagismo ed eventuali patologie associate;
- l'immagine corporea sarà differente e comporterà un adattamento psico-fisico indipendentemente dalla bontà del risultato cosmetico;
- il risultato cosmetico della ricostruzione non è lontanamente paragonabile a una procedura di chirurgia estetica e può variare da eccellente a insoddisfacente. Frequentemente per raggiungere un risultato estetico ottimale possono essere necessarie una o più procedure chirurgiche successive (lipofilling, sostituzione di espansori o protesi, altro).

Sono stata informata che questo intervento può essere gravato da **COMPLICANZE** che includono:

- **Emorragia** (sanguinamento): quando si verifica nel periodo postoperatorio può richiedere un reintervento per arrestarla.
- **Ematoma** (accumulo di sangue), che può richiedere un drenaggio con aspirazione o un secondo intervento chirurgico per evacuazione dell'ematoma e revisione dell'emostasi.
- **Infezione della ferita**: curata con antibiotici e medicazioni più frequenti;
- **Infezione profonda dell'espansore/protesi** che richiede la rimozione della stessa e la ricostruzione mammaria in un secondo tempo chirurgico successivo alla guarigione.
- **Linforrea** che può ritardare la rimozione del drenaggio e che, dopo la rimozione dello stesso, può portare alla formazione di un **sieroma** (accumulo di liquido), con necessità di ripetute punture evacuative e possibilità di infezione.
- **Cicatrizzazioni esuberanti o cheloidi**, che possono alterare gli esiti estetici e richiedere ulteriore chirurgia correttiva.
- Nel caso di mastectomia che risparmia la cute e/o il complesso areola-capezzolo si può verificare **ischemia cutanea** con **necrosi parziale o totale** dei lembi cutanei e/o del complesso areola-capezzolo che può richiedere un intervento chirurgico di asportazione del tessuto necrotico (e possibile perdita dell'areola-capezzolo), nonché possibile perdita della protesi sottostante per esposizione/infezione.

Tutte le complicanze elencate si verificano con frequenza variabile, in funzione delle caratteristiche del soggetto operato e dell'esperienza del Centro; tuttavia in nessuna casistica le complicanze sono pari a zero. In Letteratura la percentuale di complicanze di rilievo è compresa tra il 10 e il 20%, dipendente anche da molti fattori individuali.

Mi sono state chiarite anche le limitazioni legate al **DECORSO POSTOPERATORIO**.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate, nel mio caso specifico, da:

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un grave danno alla mia persona, o se si constatassero delle 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 prospettato.

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 _____