



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**  
**CONSENSO INFORMATO**  
**QUADRANTECTOMIA/MASTECTOMIA RADICALE IN NEOPLASIA**  
**MAMMARIA MALIGNA**

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 l'affezione riscontratami è un **TUMORE MALIGNO** della **MAMMELLA** per il quale è previsto l'intervento chirurgico (che verrà eseguito in **anestesia generale**) e che consisterà in una
- QUADRANTECTOMIA** (ovvero nell'asportazione di un quadrante della mammella) o in una
- MASTECTOMIA RADICALE** ( ovvero nella completa asportazione della mammella e parziale o totale asportazione dei muscoli pettorali) a seconda delle dimensioni del tumore e della diffusione della malattia.

Mi è stato anche spiegato che, in caso di linfonodi ascellari clinicamente palpabili, si dovrà anche eseguire la **LINFADENECTOMIA** (ovvero l'asportazione dei linfonodi ascellari). In caso di linfonodi non palpabili si potrà ricorrere alla biopsia del **LINFONODO SENTINELLA**, il quale, se reperito e risultato negativo per infiltrazione neoplastica all'esame istologico estemporaneo intraoperatorio, può evitare lo svuotamento dei linfonodi ascellari. Questa è una moderna tecnica che prevede la ricerca di un particolare linfonodo dell'ascella, mediante iniezione locale di un colorante vitale o con tecnica radioguidata, per mezzo dell'iniezione di una sostanza radioattiva. Mi è stato riferito che la sostanza usata è debolmente radioattiva (l'assorbimento di una dose di radiazioni in seguito a ricerca del "linfonodo sentinella" è pari a quello che si verifica nel corso di 1-2 mammografie).

Sono stata/o anche informata/o che la positività istologica o il mancato reperimento del linfonodo sentinella indicano la necessità di procedere allo svuotamento ascellare ed anche che in una minoranza di casi il "linfonodo sentinella" può risultare negativo anche in presenza di metastasi in altri linfonodi del cavo ascellare.

Mi è stato chiaramente spiegato che in caso di intervento di mastectomia radicale (ovvero di asportazione della mammella coi muscoli pettorali), per ovviare alla assenza della mammella, si può

procedere, nel corso dello stesso intervento o in un tempo successivo ed in assenza di controindicazioni, al posizionamento di un **ESPANSORE TEMPORANEO** ( che verrà sostituito a distanza di qualche mese con una protesi definitiva eseguendo un'altro piccolo intervento chirurgico) o di una **PROTESI SOTTOMUSCOLARE DEFINITIVA**.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative come la radioterapia e chemioterapia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato chiaramente spiegato che è possibile che a distanza di tempo il tumore si formi nuovamente.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può comportare complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e chirurgico. In caso di impiego del colorante vitale, questo può causare delle

- **reazioni allergiche** che possono essere prontamente trattate in sala operatoria dall'anestesista.
- la possibile, temporanea **colorazione bluastra** della cute della mammella e dell'areola, così come la transitoria colorazione blu delle urine, assolutamente prevedibile, passeggera e senza alcun significato patologico;

In caso di linfoadenectomia, parziale o totale, sono possibili sequele o complicanze sono:

- **linfedema cronico** del braccio (ingrossamento del braccio per difficoltà scarico linfatico); **raccolta di siero o linfa (sieroma, linfocele)** nel cavo ascellare; **parestesie** o altri **disturbi neurotrofici** del braccio e/o della parete toracica (il più delle volte temporanei) e da possibili **lesioni di nervi** (ad es. nervo toracico lungo) con possibile sviluppo della cosiddetta "scapola alata".
- una complicanza possibile, anche se relativamente rara, della mastectomia è **l'emorragia postoperatoria**, che se non dominata con la compressione, può richiedere un reintervento.
- le possibili complicanze legate all'inserimento sottomuscolare di un espansore o di una protesi sono: la formazione di un **ematoma** o di un **sieroma**, **l'infezione**, la **rottura** e/o la **dislocazione del dispositivo impiantato** e la **rigidità** o **contrattura capsulare**. Se queste complicanze non si risolvono in maniera conservativa, può rendersi necessario un reintervento chirurgico, per la rimozione del dispositivo impiantato
- **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, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica.
- **recidiva locale** della neoplasia, possibile con maggiore frequenza nella quadrantectomia.

ma presente anche in caso di mastectomia, sulla cicatrice.

Altre complicanze o sequele potrebbero essere rappresentate da \_\_\_\_\_

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informata/o sulla frequenza 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 l'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o:

Sono stata/o inoltre informata/o che residueranno in ogni caso una o più cicatrici sia a livello ascellare che mammario.

Il chirurgo mi ha informato che dopo un intervento di quadrantectomia si esegue di routine la radioterapia sulla mammella residua e che il follow-up oncologico potrà indicare la necessità di ormonoterapia e/o chemioterapia, indipendentemente dal tipo di intervento eseguito.

Sono consapevole che in caso di difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche propostemi, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a portare a termine l'atto chirurgico nella migliore sicurezza

*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 \_\_\_\_\_