



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
BRONCOSCOPIA FLESSIBILE**

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. _____; in particolare è stata fornita un'informazione dettagliata riguardo alla procedura di BRONCOSCOPIA flessibile.

La **BRONCOSCOPIA** è una procedura di diagnosi e cura che prevede l'inserimento attraverso una narice o la bocca di uno strumento che si chiama **BRONCOSCOPIO** flessibile mediante il quale si esplora l'albero tracheo-bronchiale al fine di riconoscerne eventuali alterazioni morfologiche e/o strutturali e/o funzionali. Durante l'esame broncoscopico è possibile eseguire le seguenti operazioni: aspirazione di secrezioni bronchiali, lavaggio bronchiale, lavaggio bronchiolo-alveolare, biopsie, spazzolamento della mucosa tracheo-bronchiale per prelievi di cellule, agoaspirato dei linfonodi ilo-mediastinici (TBNA) o del tessuto polmonare (TBPA), biopsia transbronchiale, ultrasonografia endobronchiale (EBUS).

Normalmente la **BRONCOSCOPIA FLESSIBILE** può essere eseguita in regime ambulatoriale senza anestesia generale, a digiuno da almeno 6 ore e non si dovrebbe mangiare e bere per almeno due ore dopo l'esame. Se necessario, l'esame può essere preceduto da una pre-medicazione con sedativo e atropina cui segue la nebulizzazione di anestetico locale lungo tutto il percorso dello strumento: dopo qualche minuto si può avvertire una "sensazione di gonfiore" e "difficoltà a deglutire", effetti dell'anestesia locale che serve a ridurre al minimo il disagio e i riflessi evocati dal contatto con lo strumento (soprattutto tosse, vomito e contrazione delle corde vocali che, chiudendosi, ostacolerebbero il passaggio dello strumento stesso). Durante l'esame il paziente mantiene una posizione seduta oppure, se le circostanze lo richiedono, semiseduto o in posizione distesa supina: la tranquillità e la collaborazione agevolano le manovre endoscopiche e riducono complessivamente la durata dell'esame.

La broncoscopia è un esame solitamente ben tollerato, non ha controindicazioni relative all'età mentre è fortemente condizionato dalla riserva funzionale cardio-respiratoria e dai parametri ematochimici e coagulativi.

Le **COMPLICANZE** sono rare, tuttavia sono documentati: fenomeni emorragici (epistassi, emottisi), riflessi neuro-vegetativi (riflesso vaso-vagale), insufficienza respiratoria acuta con grave desaturazione, edema delle corde vocali, disfonia (temporanea), pneumotorace, pneumomediastino, aritmie cardiache, infarto acuto del miocardio, reazioni allergiche indotte dall'anestetico locale, possibilità di favorire infezioni

Pertanto il paziente è / gli sono

- stato/a inoltre informato delle possibilità terapeutiche delle complicanze sopra descritte.
- state inoltre illustrate le terapie alternative e le conseguenze di eventuali conseguenze in caso di non esecuzione di tale trattamento così sintetizzabili:

- 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

- Il Paziente comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarlo/la da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile, o da un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'esame con la tecnica proposta, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari 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.

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 _____