



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
TRACHEOBRONCOSCOPIA

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 **TRACHEOBRONCOSCOPIA**, ovvero ad una esplorazione endoscopica dell'albero tracheo-bronchiale per mezzo di un tubo flessibile che verrà inserito, attraverso la bocca, in trachea e fatto progredire fino ai bronchi.

CHE VERRA' EFFETTUATA SEGUENDO LE LINEE GUIDA PREVISTE PER IL TIPO DI PATOLOGIA DA CUI IL/LA PAZIENTE E' AFFETTO/A

Per la patologia riscontrata è indicato l'intervento chirurgico e sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative), gli eventuali rischi e le complicanze prevedibili.

Le _____ alternative _____ al _____ proposto _____ intervento _____ sono _____ le seguenti: _____

Mi è stato chiaramente spiegato che l'esame verrà eseguito in **anestesia locale** (con instillazione diretta dell'anestetico nel cavo orale, faringe, trachea e bronchi) e/o con **sedazione** blanda endovenosa, qualora l'indagine richieda tempi prolungati o sia particolarmente difficile e, soprattutto, in considerazione di un mio eventuale stato di ansia prima dell'esame. Mi è stato anche detto che una sedazione profonda (neuroleptoanalgesia) viene riservata ai casi di totale incapacità a collaborare e quando l'esecuzione dell'esame è fondamentale per l'iter diagnostico-terapeutico.

Sono stata/o chiaramente informata/o dei limiti della procedura e sono stato/a informato/a che essa è controindicata in presenza di:

- **inadeguata ossigenazione durante la procedura**
- **aritmie cardiache e/o angina instabile**
- **coagulopatie e/o insufficienza renale** (rischio emorragico qualora sia programmata una biopsia).
- **Asma** (rischio di broncospasmo).

Dell'esame propostomi, mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto ad esami alternativi, in particolare quelli radiologici) e gli eventuali rischi prevedibili.

Sono stata/o informata/o che durante l'esame sarà possibile prelevare frammenti di tessuto o materiale cellulare, utilizzando diverse tecniche (lavaggio bronchiale, alveolare, biopsia od agobiopsia transbronchiale, spazzolamento, ecc.), allo scopo di giungere ad una diagnosi di certezza.

L'endoscopista mi ha altresì sufficientemente informata/o sulle possibili complicanze o sequele della metodica che potrebbero essere rappresentate da:

- **laringospasmo;**
- **broncospasmo;**
- **disritmie cardiache;**
- **insufficienza respiratoria;**
- **febbre.**

Altre possibili complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____

L'endoscopista mi ha altresì informata/o sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e mi ha anche spiegato che la procedura, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la frequenza delle complicanze può essere ulteriormente aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o:

Sono 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_____