

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

**CONSENSO INFORMATO
TRATTAMENTO CONSERVATIVO
ADENOCARCINOMA/IPERPLASIA
ENDOMETRIALE**

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 diesprimere 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 patologia da cui sono affetto/a ossia ADENOCARCINOMA/IPERPLASIA ATIPICA DELL'ENDOMETRIO e di aver ricevuto tutte le spiegazioni necessarie relative all'iter diagnostico/terapeutico; che il trattamento standard di tale patologia è rappresentato dall'intervento isterectomia (asportazione totale dell'utero) e delle ovaie; di aver esaminato insieme al Medico la possibile **alternativa terapeutica** mediche per questa condizione patologica:

Sono stata informata che il trattamento conservativo dell'utero e delle ovaie può essere proposto nei casi di adenocarcinoma ben differenziato (G1) non infiltrante e senza invasione degli spazi linfovascolari alle biopsie e nei casi di iperplasia atipica, in donne fortemente desiderose di prole;
Ho ricevuto spiegazioni sulle modalità, durata ed effetti collaterali della terapia medica e sugli eventuali successivi specifici controlli clinico-strumentali.

Il trattamento medico è a base di farmaci progestinici (Progesterone micronizzato 200 mg., Megestrol Acetato 160 mg, spirale medicata al progesterone, analogo del GnRH) a discrezione del Medico e la durata di tale terapia può variare da 3 a 12 mesi;

I tassi di risposta a tale terapia sono pari al 75% circa, i tassi di recidiva del 40%, le gravidanze sono pari al 30% e la mortalità di circa 1%;

Tale terapia può associarsi ad effetti collaterali (aumento di peso, ritenzione idrica, edema arti inferiori, tensione mammaria, aumento del rischio trombo embolico e alterazioni metaboliche) in una percentuale di casi compresa tra il 10 e 20% con gravità variabile;

FOLLOW-UP ISTEROSCOPICO durante tutto il periodo di assunzione della terapia ed anche successivamente ad esso sarà necessario eseguire isteroscopie con biopsie endometriali per la valutazione istologica della risposta alla terapia. Sono inoltre informata che l'isteroscopia si associa ad un rischio minimo di complicanze quali infezioni uterine, perforazioni uterine e sanguinamento.

Sono a conoscenza che possono essere forniti dati tecnici, eseguite fotografie e/o riprese di tali procedure e che dette immagini, restando nell'esclusiva disponibilità dell'Ente, possono essere esaminate da diverse persone per motivi di studio, per usi congressuali, didattici o scientifici nel completo riserbo della mia identità.

Sono stata informata che tessuti, organi e liquidi biologici eventualmente asportati durante l'intervento saranno utilizzati per formulare una diagnosi istopatologica, ma che possono anche essere conservati ed utilizzati per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico, per la ricerca e la sperimentazione in ottemperanza con la pratica comune e le norme vigenti.



IRCCS "Giovanni Paolo II"

PugliaSalute

Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari

U.O.S.D. a DIREZIONE UNIVERSITARIA

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Direttore: Prof. Gennaro CORMIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

Dipartimento Interdisciplinare
di Medicina (DIM)

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 asportatimi 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, restando nell'esclusiva disponibilità dell'Ente, 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 _____