



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
CERVICOTOMIA

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 patologia da cui sono affetto/a ossia _____

A causa di tale patologia Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di **CERVICOTOMIA**

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe.

E' importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

Lei presenta nella regione cervicale (del collo):

- ☐ Una massa
- ☐ Un adenopatia

d'origine sconosciuta nonostante tutti gli accertamenti

- ☐ ematochimici,
- ☐ sierologici,
- ☐ immunologici,
- ☐ radiologici
 - ☐ radiologia standard,
 - ☐ ecografia,
 - ☐ T.C. (detta TAC)
 - ☐ R.M. (comunemente detta risonanza magnetica o RMN)
- ☐ endoscopici,
- ☐ citologici

precedentemente eseguiti.

Per questo Le è stato proposta l'asportazione

- ☐ Di tutta la massa,
- ☐ Di parte della massa,
- ☐ Dell'adenopatia,

in modo di precisare la natura infettiva o tumorale, benigna o maligna, della lesione per instaurare la terapia più opportuna.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento prevede di norma l'anestesia generale o, in caso di asportazione di adenopatia latero-cervicale può essere sufficiente, in pazienti adulti e collaboranti l'anestesia locale. E' comunque indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

La tecnica operatoria prevede una incisione cutanea nella regione laterale ☐ dx , ☐ sx del collo, se possibile in una plica cutanea per renderla meno visibile.

La massa cervicale sarà asportata tutta od in parte, mentre se si tratta di adenopatia sarà asportata per intero in modo da poter eseguire

- ☐ l'esame istologico estemporaneo
- ☐ l'esame istologico definitivo
- ☐ l'esame batteriologico
- ☐ altri esami, quali _____

In seguito alla risposta dell'esame istologico estemporaneo l'intervento può essere terminare oppure essere completato, qualora il paziente sia stato informato delle diverse soluzioni ed abbia fornito il suo assenso, con altri interventi più specifici e più idonei alla cura della patologia diagnosticata, quali per esempio uno svuotamento latero-cervicale, una tiroidectomia, l'asportazione di una ghiandola salivare, altri prelievi biotici, ecc. (per i quali si rimanda ai consensi informati specifici).

Al termine dell'intervento verranno posizionato nella sede chirurgica uno o più drenaggi (a seconda dell'estensione dell'intervento) di aspirazione che servono per evitare la formazione di un ematoma (raccolta localizzata di sangue) e che verranno rimossi di norma in terza-quarta giornata postoperatoria; in caso di semplice asportazione di un'adenopatia il drenaggio può anche essere superfluo.

La durata dell'intervento è in funzione della complessità dell'intervento.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Come tutti gli atti medici (esami , endoscopie, interventi sul corpo umano) che, pur se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di cervicotomia può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- Dolore latero-cervicale, possibile, ma, di regola, passeggero; talvolta, nell'asportazione di masse voluminose o di svuotamenti latero-cervicali, il dolore si può estendere alla spalla dello stesso lato e può giovare di fisiochinesiterapia;
- Emorragia post-operatoria, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico, che può richiedere un nuovo intervento; è rarissima nella semplice asportazione di un'adenopatia;
- Ematomi (raccolta localizzata di sangue), oppure, in caso si debba eseguire uno svuotamento latero-cervicale, sieromi (raccolta localizzata di siero) e linforragie (fuoriuscita di linfa), che possono richiedere punture aspirative la parziale riapertura della ferita chirurgica e/o mantenimento del drenaggio; scompaiono in genere in alcuni giorni ma a volte richiedono un reintervento;
- Infezione della sede dell'intervento, nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica e flemmone (infezione diffusa) del collo, che possono richiedere un nuovo intervento o causare una riapertura della cicatrice cutanea, la quale richiederà delle cure locali e potrà determinare un ritardo di cicatrizzazione e/o la formazione di una cicatrice cutanea più visibile;
- Linforragia, in genere si riduce fino a scomparire in qualche giorno, a meno che non si sia verificata una lesione del dotto toracico nella regione latero-cervicale sinistra, per cui può essere necessario un reintervento;
- Reintervento, necessario in seguito alla risposta dell'esame istologico definitivo;
- Cicatrizzazione dolorosa o esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate;
- Iposensibilità o di anestesia cutanea nella regione del collo sede dell'intervento;
- Traumatismo del nervo responsabile della motilità della lingua (nervo ipoglosso), che comporta un suo deficit con ipomotilità dell'emilingua, con scarse conseguenze sulla parola e sulla deglutizione, più spesso temporaneo;
- Lesione dei nervi implicati nella deglutizione e fonazione (produzione della parola) con possibile difficoltà prolungata e grave di alimentazione o cambiamento definitivo della voce;
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Nel corso dei colloqui orali mi sono stati spiegati:

- la natura dell'intervento e la sua indicazione per la mia patologia in atto;

- la portata dei benefici ottenibili e la possibilità di ottenerli in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che potrebbero rendersi necessarie revisioni per eventuali difetti, anche di natura estetica, non sempre imputabili ad errori di esecuzione tecnica;
- i rischi prevedibili dell'intervento, in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che comunque ogni intervento chirurgico può comportare rischi imprevedibili;
- la possibilità di scelte alternative, con spiegazione dei relativi benefici e rischi;
- il prevedibile periodo di ricovero e di convalescenza (salvo complicazioni) e le precauzioni postoperatorie indicate per evitare complicazioni, salvo quanto verrà più precisamente prescritto dopo l'intervento e nei successivi controlli.

Nel corso dei colloqui ho chiesto ed ottenuto i chiarimenti desiderati sui vari punti oggetto delle informazioni datemi.

Al termine mi è stato consegnato il prospetto scritto che precede ed integra le dette informazioni, con la raccomandazione di riconsiderarle attentamente, esprimere liberamente eventuali dubbi e quesiti ulteriori riguardanti anche la comprensione dei singoli termini e dichiarare infine se alla luce di tutto quanto sopra io ritenga di manifestare o meno il mio consenso all'intervento proposto.

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento di cervicotomia esplorativa, che è stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione, di aver ben compreso in ogni loro parte le informazioni ricevute e di aver avuto il tempo necessario per riflettere.

Ciò premesso, **esprimo / non esprimo** oggi il mio consapevole ed informato consenso ad essere sottoposto/a all' intervento chirurgico che verrà praticato dall'equipe di questa Unità in anestesia generale/locale e ne autorizzo altresì la tecnica operatoria propostami . Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente attualmente non prevedibile e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, o se si constatassero 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 propostomi.

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/a

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
