



Unità Operativa Complessa di Chirurgia Oncologica
Direttore: Dott. Michele Simone
UOS Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale
Resp.le Dott.ssa Alessandra Di Lauro

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
ALL'ATTO CHIRURGICO DI ELETTRO-CHEMIOTERAPIA

Alle ore _____ del _____ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ il /la 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 _____



Unità Operativa Complessa di Chirurgia Oncologica
Direttore: Dott. Michele Simone
UOS Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale
Resp.le Dott.ssa Alessandra Di Lauro

Per tale patologia mi é stata fornita la possibilità di effettuare un trattamento definito:

ELETTRO-CHEMIOTERAPIA

Tale procedura ha la finalità di ridurre le dimensioni delle lesioni.

Mi è stato chiaramente esposto che la procedura prevede l'infissione di aghi con applicazione di impulsi elettrici (agolettrodo) sulla cute della sede di malattia dopo infusione endovenosa di un chemioterapico (**BLEOMICINA**). L'impulso elettrico generato dagli aghi, é in grado di creare un fenomeno definito **ELETTROPORAZIONE**, ossia un aumento della permeabilità della membrana cellulare al chemioterapico, concentrando in tal modo il suo effetto sulle lesioni trattate. Tale atto potrebbe comportare un esito tipo tatuaggio circolare sulla cute dovuto all'infissione degli aghi della durata transitoria o definitiva.

Sono a conoscenza dei possibili effetti collaterali quali: formazione di pseudo-cisti, ascessi, escare, atrofia cutanea e sottocutanea, necrosi del tessuto adiposo, danni neurologici, danni muscolari, emorragie, ematomi, dolore, febbre, alterazioni dell'equilibrio acido-base, nausea, vomito, diarrea, alterazioni ematologiche (anemia, leucopenia, piastrinopenia) danno agli organi di senso, danno cardiaco, necrosi tessutale, infezioni, ustioni, sepsi. Evento estremamente raro ed imprevedibile é il decesso.

Dichiaro di aver compreso che tale procedura viene effettuata unicamente a scopo palliativo per una citoriduzione ed un controllo locale della malattia in atto. Mi é stato chiaramente indicato che esistono trattamenti alternativi e tradizionali quali: rimozione chirurgica con ricostruzione dell'area interessata e sono stato/a edotto/a sui vantaggi e svantaggi di entrambe le metodiche ed ho scelto in piena libertà e consapevolezza di volermi sottoporre al trattamento di Elettro-chemioterapia.

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



Unità Operativa Complessa di Chirurgia Oncologica
Direttore: Dott. Michele Simone
UOS Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale
Resp.le Dott.ssa Alessandra Di Lauro

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 si 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.



Unità Operativa Complessa di Chirurgia Oncologica
Direttore: Dott. Michele Simone
UOS Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale
Resp.le Dott.ssa Alessandra Di Lauro

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



Unità Operativa Complessa di Chirurgia Oncologica
Direttore: Dott. Michele Simone
UOS Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale
Resp.le Dott.ssa Alessandra Di Lauro

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 _____