



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO**

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:

ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO.

Viene fornita ogni informazione circa le motivazioni e finalità e sulle modalità di esecuzione dell'indagine : il mezzo di contrasto ecografico utilizzato è un medicinale costituito da microbolle di esafluoruro di zolfo (SonoVue) che viene somministrato per via endovenosa e che in seguito si scioglie nel sangue ed eliminato con l'aria espirata. Tale mezzo di contrasto viene utilizzato per aumentare l'ecogenicità del sangue per cui risulta maggiormente evidente il circolo capillare.

In questo modo esso consente di definire meglio la natura di alcune neoformazioni (ad esempio differenziare un tumore benigno da uno maligno), di identificare lesioni non riconoscibili con l'ecografia convenzionale e di stabilire l'efficacia o meno di un trattamento antitumorale.

I possibili effetti indesiderati, in genere non gravi e transitori, sono rappresentati da cefalea, sensazione di bruciore e parestesia nel sito di iniezione, vertigini. Raramente il SonoVue può provocare reazioni allergiche: eritema, bradicardia, ipertensione e shock anafilattico.

Le eventuali possibili procedure diagnostiche alternative sono:

Le capacità della Struttura sanitaria di intervenire in caso di manifestazioni di complicanze e sul tipo di trattamento od intervento che tali complicanze possono rendere necessario sono le seguenti:

I rischi derivanti dalla mancata esecuzione della procedura sono i seguenti:

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_____