



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**  
**CONSENSO INFORMATO**  
**TRATTAMENTO RADIOTERAPICO ADDOME SUPERIORE**

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. \_\_\_\_\_ mediante colloquio e consegna del presente scritto alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

in particolare, è stata fornita un'informazione dettagliata riguardo alla patologia da cui sono affetto/a:

---

---

---

Gentile signora/e con il presente documento desideriamo metterla a conoscenza di alcuni importanti aspetti del **trattamento radiante a livello dell'addome superiore** cui sta per essere sottoposta/o. La radioterapia rappresenta una efficace metodica di cura per la sua malattia ma questa efficacia è gravata da una serie di effetti collaterali

Gli effetti collaterali possono essere:

**precoci:** insorgono durante il trattamento e sono transitori, cioè in genere reversibili entro un periodo di circa tre mesi;

**tardivi:** possono insorgere dopo il trattamento anche a distanza di anni e sono in genere permanenti.

In base alla probabilità di insorgenza si distinguono:

Effetti collaterali **probabili**:

**precoci:** eritema cutaneo (arrossamento della pelle); epidermiolisi su aree limitate; nausea; vomito; diarrea; flatulenza; stitichezza; gastrite, ileite e colite a causa di una parziale irradiazione dello stomaco, dell'intestino tenue e crasso; riduzione dei valori di globuli bianchi e piastrine per ipoplasia midollare (più accentuata se somministrata chemioterapia); riduzione dell'emoglobina e dei globuli rossi (se chemioterapia precedente);

**tardivi:** fibrosi e discromie dell'apparato tegumentario (indurimento e retrazione della pelle e alterazione del suo colore); distrofia cutanea e/o teleangectasie (comparsa di piccoli vasi superficiali) nella zona irradiata; alopecia (perdita dei peli nelle zone irradiate); perdita della fertilità (possibile preesistenza del danno da chemioterapia) solitamente transitoria menopausa precoce nelle donne in età riproduttiva (possibile preesistenza del danno da chemioterapia); ridotto sviluppo delle strutture muscolo-scheletriche del bacino e del rachide irradiati

Effetti collaterali **improbabili** (< 10 %)

**precoci:** mielite transitoria (infiammazione del midollo con sensazione di scossa elettrica al dorso); gastrite cronica;

**tardivi:** sindromi da malassorbimento intestinale; oncogenesi radio indotta nelle zone sottoposte a trattamento.

Effetti collaterali **eccezionali** (< 2 %)

**precoci:** necrosi cutanea (soprattutto in associazione con la chemioterapia);

**tardivi:** occlusioni intestinali, fistole gastro enteriche, perforazioni intestinali, fratture ossee; ipoplasia midollare irreversibile; riduzione delle difese immunitarie

Nonostante tutti gli effetti descritti si possano manifestare, è pur vero che nella maggior parte dei pazienti essi non si manifestano o si manifestano solo in forma leggera essendo pertanto compatibili con una vita di relazione pressochè normale.

*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 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\_\_\_\_\_