



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**  
**CONSENSO INFORMATO**  
**TRATTAMENTO RADIOTERAPICO CARCINOMA MAMMELLA**

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:  
**CARCINOMA DELLA MAMMELLA**

Gentile Signora, con il presente documento desideriamo metterla a conoscenza di alcuni importanti aspetti del trattamento radiante a cui sta per essere sottoposta per la cura della patologia di cui è portatrice.

Dopo l'intervento chirurgico eseguito a causa della neoplasia mammaria, è prassi consolidata sottoporre la mammella operata a un ciclo di radioterapia al fine di sterilizzare i tessuti e di diminuire il rischio di recidiva locale. La tecnica postoperatoria **convenzionale** comporta l'esecuzione di **25/30 applicazioni per 5 giorni/settimana per 5/6 settimane**.

La radioterapia rappresenta una metodica efficace non priva di una serie di effetti collaterali che possono manifestarsi durante il trattamento o dopo la fine dello stesso.

Gli **effetti precoci** sono, anche se potenzialmente molto fastidiosi, meno preoccupanti degli effetti tardivi in quanto tendono a risolversi, nel giro di poche settimane o qualche volta mesi dalla fine della radioterapia. I più frequenti sono rappresentati da:

- Eritema (arrossamento della cute irradiata)

- Discromia puntiforme (comparsa di puntini marrone scuro intorno allo sbocco delle ghiandole sudoripare o dei peli della cute irradiata)
- Edema (accumulo di liquido all'interno della mammella o di altre zone)
- Epiteliolisi secca (perdita degli strati superficiali della cute con esposizione degli strati profondi senza trasudazione di liquido)
- Epiteliolisi umida (perdita del rivestimento cutaneo con esposizione del derma sottostante e conseguente trasudazione di liquido)
- Polmonite attinica che si manifesta con tosse secca, difficoltà respiratoria e febbre in -3% dei casi

Gli **effetti tardivi** si manifestano da pochi mesi ad alcuni anni dopo la fine della radioterapia e, pur essendo di gravità variabile, non sono suscettibili di regressione anche se non necessariamente limitano la vita di relazione. I più frequenti sono:

- Dolore cronico (può fare seguito al trattamento radiante in meno del 10% dei casi più frequentemente se presente dopo chirurgia)
- Discromia cutanea e teleangectasie (la cute irradiata può diventare più scura rispetto alla controlaterale assumendo un colorito bruno o presentare dilatazione dei vasi capillari in circa il 3% dei casi)
- Ispessimento cutaneo (è un effetto molto frequente, la cute si fa meno elastica e più spessa)
- Mastopatia cronica (in meno del 5% dei casi con infiammazione cronica della mammella che si presenta arrossata e rigonfia per accumulo di liquido)
- Fibrosi mammaria (si presenta come una deformazione per retrazione della mammella irradiata in < 2% dei casi)
- Edema del braccio (rigonfiamento del braccio causato dal deficitario drenaggio linfatico legato alla dissezione ascellare e aggravato dall'irradiazione, osservato nel 3.7% dei casi)
- Fibrosi polmonare (formazione di tessuto cicatriziale nella zona polmonare irradiata che raramente assume interesse clinico, può essere sintomatica nell'1.7% dei casi)
- Cardiopatia attinica prevalentemente nella mammella sn (deficit di contrattilità del miocardio, aritmie minori, ispessimento valvolare, ridotto flusso coronario o versamento pericardio. L'incidenza varia tra l'1-5% dei casi ed è più alta nelle pazienti trattate con chemioterapici cardiotossici)
- Rischio Oncogenesi radioindotta

### **Irradiazione con espansore cutaneo.**

Si porta a conoscenza inoltre che i moderni espansori cutanei utilizzati nelle pazienti sottoposte a mastectomia radicale e contestuale ricostruzione, sono dotati di valvola che può interferire con l'irradiazione mediante campi tangenti in quanto metallica e di grandi dimensioni. I dati della letteratura riportano valori di sottodosaggio dell'area sottostante la valvola fino al 30% della dose totale erogata, incrementando così il rischio di recidiva locale. Le ditte costruttrici, inoltre, non testano in vivo il comportamento del materiale utilizzato. Di tutto ciò ella deve essere informata.

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

Tuttavia prima di sottoporsi al trattamento radiante è indispensabile essere messi al corrente e discutere col medico di riferimento che le illustrerà tutte le eventualità. Solo dopo aver compreso a pieno tutti i possibili scenari potrà procedere alla sottoscrizione di questo consenso informato.

*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 prospettatomi 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 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 \_\_\_\_\_