



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE  
CONSENSO INFORMATO  
TRATTAMENTO RADIOTERAPICO LINFOMA TESTICOLO**

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:

**LINFOMA TESTICOLO**

Gentile signore

Con il presente documento desideriamo metterla a conoscenza di alcuni importanti aspetti del trattamento radiante cui sta per essere sottoposta/o per la cura del linfoma testicolo.

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; uretrite, irritazione anale con tenesmo;

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) (possibile la crioconservazione del liquido seminale); ipogonadismo con possibile riduzione della secrezione del testosterone e calo della libido ( in tal caso è consigliabile valutazione endocrinologica per eventuale terapia ormonale sostitutiva).

Effetti collaterali improbabili (< 5 %)

tardivi: severo ipogonadismo con netta riduzione della secrezione del testosterone ( quindi consigliabile terapia ormonale sostitutiva)

Effetti collaterali eccezionali (< 1 %)

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

tardivi: oncogenesi radioindotta.

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. Tuttavia prima di iniziare a sottoporsi al trattamento radiante è indispensabile esserne messi al corrente e discutere col medico che le illustrerà tutte le eventualità. Solo dopo aver compreso a pieno tutti i possibili scenari potrà procedere alla firma 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 prospettato 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 \_\_\_\_\_