



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
TRATTAMENTO RADIOTERAPICO NEOPLASIA COLON-RETTO

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:
NEOPLASIA COLON-RETTO

Gentile Signore/a,

con il presente documento desideriamo metterla a conoscenza di alcuni importanti aspetti del trattamento radiante a cui sta per essere sottoposto/a per la cura della patologia rettale di cui è affetto/a.

La Radioterapia rappresenta una metodica efficace per la cura dei tumori del retto compreso il canale anale e l'ano, ma questa efficacia è gravata da una serie di effetti collaterali.

Gli **effetti precoci**, anche se potenzialmente molto fastidiosi, sono meno preoccupanti degli effetti tardivi in quanto tendono a risolversi nel giro di poche settimane, qualche volta mesi, dalla fine del trattamento radiante. Essi tendono a comparire dopo la terza settimana di trattamento ed a peggiorare durante le settimane seguenti e la loro gravità dipende strettamente dalla dose totale erogata nonché da eventuale chemioterapia concomitante o pregressa. I sintomi più frequenti sono rappresentati da:

- Dolori addominali
- Tenesmo rettale (sensazione di bisogno di evacuare a retto vuoto)
- Diarrea, più raramente stipsi
- Sintomi urinari (bruciore, dolore, disuria, stranguria, ematuria)
- Irritazione perineale (con eritema della cute di perineo, vulva, scroto e regione anale in caso di pregressa resezione addomino pelvica)
- Irritazione emorroidaria (dolore, bruciore, perdita di sangue dalle emorroidi preesistenti)
- Mielodepressione (riduzione del numero dei globuli bianchi, piastrine, tasso di emoglobina aggravato dall'ucco concomitante o pregresso di chemioterapia).

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

- Diarrea cronica (legata ad una infiammazione del piccolo intestino che può perdurare per anni e interessa fino al 15% dei pazienti e può essere complicata da incontinenza in caso di tumore del retto basso (< 6 cm dalla rima anale).

- Stenosi rettale (restringimento del lume del retto in genere che si verifica a livello dell'anastomosi chirurgica con conseguente ostacolo al transito delle feci. Può richiedere correzione chirurgica in circa l'11% dei casi).

- Stenosi dell'ileo (legata all'irradiazione ripetuta della stessa ansa del piccolo intestino soprattutto per aderenze prodotte dall'intervento chirurgico. Si presenta nel 2%-5% dei pazienti irradiati dopo chirurgia e più raramente prima della chirurgia).

- Necrosi di ansa intestinale (come la precedente legata soprattutto alla presenza di persistenti aderenze prodotte dalla chirurgia. Si manifesta in circa l'1% dei pazienti sottoposti a Radioterapia dopo la chirurgia e rende necessario un nuovo intervento chirurgico.

- Castrazione (nella donna fertile si manifesta con i problemi relativi alla repentina insorgenza dello stato menopausale a meno che non siano state sottoposte a ovariopessi o dislocazione delle ovaie fuori dallo scavo pelvico).

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 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 _____