



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**  
**CONSENSO INFORMATO**  
**TRATTAMENTO RADIOTERAPICO NEOPLASIA TESTA COLLO**

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 TESTA COLLO**

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 neoplastica del testa collo di cui è affetto/a.

La Radioterapia rappresenta una metodica efficace per la cura dei tumori del testa collo 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 seconda/ 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:

- Stomatite (causata dall'irradiazione della mucosa del cavo orale e si manifesta con dolore alla masticazione e talvolta anche alla fonazione).

- Faringo-laringite (causata dall'irradiazione della laringe e della faringe e si manifesta con dolore intenso alla deglutizione e fonazione. E' simile al comune mal di gola ma può essere più intenso).

- Alterazione della saliva (causata dall'irradiazione della mucosa e non delle ghiandole salivari e si manifesta con sensazione di bocca appiccicosa e formazione di membrana bianchiastria sulla superficie mucosa).

- Congiuntivite (causata dall'irradiazione della parte anteriore dell'occhio e si manifesta con rossore, bruciore, lacrimazione profusa).

- Infezioni delle mucose (causate dalla sovrapposizione batterica o altri microrganismi su una mucosa infiammata dalla radioterapia o da pregresse abitudini di vita come alcolismo e tabagismo).

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:

- Danno ipofisario (legato all'irradiazione dell'Ipofisi e manifestantesi con la riduzione del tasso degli ormoni ipofisari nel sangue. In meno dell'1% dei casi causa problemi clinici)

- Oftalmite (infiammazione da irradiazione dell'occhio e può richiederne l'enucleazione in circa il 5% dei casi in cui è irradiato a dose piena).

- Xeroftalmia (sensazione di secchezza dell'occhio legata all'irradiazione delle ghiandole lacrimali che può condizionare una sofferenza corneale potenzialmente grave in circa il 5% dei casi).

- Disturbi neurologici transitori e/o permanenti (disturbi cognitivi, amnesie, alterazioni nella percezione spazio-temporale) possono manifestarsi soprattutto nella irradiazione di neoplasie localizzate nel tratto più alto delle vie aeree (es. Rinofaringe) a causa del danneggiamento di cellule nervose.

- Insufficienza tiroidea (è legata al danno vascolare tiroideo. Si può manifestare anche anni dopo la fine della radioterapia in circa il 5% dei pazienti).

- Xerostomia (sensazione di secchezza della bocca con saliva ridotta per quantità e più densa. E' molto frequente dopo irradiazione delle parotidi).

- Atrofia mucosa (si manifesta con una maggiore suscettibilità a contrarre infiammazioni nonché con alterazione della percezione del gusto e riduzione della sonorità della voce. Seppure

di grado variabile è molto frequente.

- Danno dentale ( in circa il 10% dei pazienti con gravi carie e la sua insorgenza è legata a vari fattori tra cui è molto importante la scarsa igiene orale).

- Danno mandibolare ( si manifesta per il concorrere di vari fattori tra i quali particolarmente importanti sono le estrazioni dentarie che vanno sempre concordate con l'oncologo radioterapista).

- Alterazioni del timbro di voce (sono legate a fibrosi atrofiche dei muscoli della fonazione).

- Necrosi asettica delle cartilagini della laringe ( in circa il 2% dei pazienti dopo alte dosi soprattutto nei casi di malattia ulcerata alla presentazione).

- Esofagite (per l'irradiazione del primo tratto dell'esofago nel trattamento della porzione inferiore del collo).

Il manifestarsi di questi effetti dipende chiaramente dall'area irradiata e l'oncologo radioterapista di riferimento potrà chiarirle ogni dubbio per cui non esiti a chiedere spiegazioni in merito.

Prima dell'inizio della radioterapia è molto importante sospendere le abitudini voluttuarie che possono concorrere al manifestarsi o aggravarsi di questi effetti collaterali ed in particolare va sottolineata l'importanza di una scrupolosa igiene orale, compresa una valutazione odontoiatrica preliminare, della sospensione di alcool e fumo e di una corretta alimentazione e idratazione anche se gli effetti collaterali stessi le possono rendere difficoltose.

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 e comunque compatibili con una vita di relazione pressoché normale. Tuttavia prima di sottoporsi al trattamento radiante è indispensabile essere messi al corrente e discutere con l'oncologo radioterapista 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 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 \_\_\_\_\_