



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
TRATTAMENTO RADIOTERAPICO NEOPLASIA UTERO**

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 UTERO

Gentile signora

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 carcinoma della vescica

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 potenzialmente molto fastidiosi ma transitori e meno preoccupanti degli effetti tardivi. Sono in genere reversibili entro un periodo di circa tre mesi. La loro gravità dipende dalla dose erogata, dall'eventuale chemioterapia somministrata in maniera sequenziale o concomitante e dalla chirurgia a cui la paziente potrebbe essere stata sottoposta.

tardivi: possono insorgere dopo il trattamento anche a distanza di anni e pur essendo di gravità variabile sono in genere permanenti anche se non necessariamente limitano la vita di relazione.

Effetti collaterali **Precoci:**

- senso di malessere generale e stanchezza e sonnolenza

- Dolore addominale: si presenta durante il trattamento, di tipo colico, in genere non preoccupante ma di cui va messo al corrente il medico

- Diarrea: accompagnata al dolore, dovuta all'irradiazione del piccolo intestino, in oltre la metà dei pazienti e richiede trattamento medico e/o sospensione della radioterapia.

- Nausea e vomito peggiorati da eventuale chemioterapia richiedono specifico trattamento medico.

- Calo di globuli bianchi/rossi ed emoglobina da mielodepressione per questo effetto verrà chiesto un emocromo settimanale e le eventuali terapie del caso

- eritema cutaneo (arrossamento della pelle)

- cistite difficoltà alla minzione con dolore

- Tenesmo rettale cioè bisogno di evacuare a retto vuoto

Effetti collaterali **Tardivi**

- Diarrea cronica da infiammazione del piccolo intestino che può durare anni e interessare fino al 10% dei pazienti

- Proctite infiammazione del retto con possibile periodica perdita di sangue, formazione di ulcera. In circa il 3% dei casi soprattutto se alla radioterapia esterna si associa l'endocavitaria.

- Stenosi intestinale: restringimento di ansa del piccolo intestino con impedimento al passaggio di materiale fecale. Si presenta nell'1% dei casi e richiede correzione chirurgica.

- Cistite cronica con perdita di sangue con le urine con periodi di remissione alternati a periodi di riacutizzazione nell'1% dei casi.

- Stenosi vaginale restringimento della vagina che perde elasticità rendendo difficoltoso e doloroso il rapporto sessuale. Si può manifestare nel 5 % delle pazienti.

- Stenosi uretrale restringimento dell'uretere, in circa l'1% delle pazienti soprattutto se si associa RT endocavitaria o se segue interventi chirurgici che ne prevedono la scheletrizzazione.

- Castrazione con menopausa e problemi connessi, in tutte le pazienti in età fertile sottoposte a RT pelvica senza ovariopessi o dislocazione delle ovaie fuori dallo scavo pelvico

- Stasi linfatica: da irradiazione delle stazioni linfonodali dopo asportazione chirurgica dei linfonodi pelvici, come rigonfiamento degli arti inferiori per accumulo di linfa e può essere invalidante. I casi gravi in meno dell'1% delle pazienti.

- Fibrosi sottocutanea più frequente nelle donne obese

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 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_____