



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
TRATTAMENTO RADIOTERAPICO PALLIATIVO**

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 qui di seguito 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 e per cui verrò sottoposto/a al trattamento radioterapico.

Gentile signora/e con il presente documento desideriamo metterla a conoscenza di alcuni importanti aspetti del trattamento radiante cui sta per essere sottoposta/o.

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:

possono insorgere già durante le prime frazioni di trattamento e sono transitori, cioè in genere reversibili entro un periodo di circa tre mesi;

-TARDIVI:

possono insorgere al termine o anche a distanza di tempo dalla fine del trattamento ed in alcuni casi divenire persistenti e non regredibili.

Effetti collaterali probabili precoci :

Eritema cutaneo (semplice arrossamento della pelle) nel caso di irradiazioni di porzioni degli Arti superiori e/o inferiori.

Epidermolisi (alterazione della integrità della cute, oltre il semplice arrossamento, su aree limitate e comprese nel volume irradiato)

Esofagite ,Tosse, Disfagia (difficoltà nella deglutizione), *Odinofagia* (deglutizione dolorosa) di intensità variabile, nel caso di irradiazione delle strutture localizzate nel collo, tra la testa ed il torace.

Epigastralgia (sensazione di dolore o bruciore al di sotto dell'osso sternale), *Nausea, Disfagia, Vomito o semplice sensazione di vomito, Tachicardia* (aumento del numero di pulsazioni cardiache) o *Bradycardia* (riduzione del numero di pulsazioni cardiache), nel caso di irradiazione della cute o delle strutture presenti sulla superficie del torace e/o localizzate all' interno del torace.

Alterazioni dell'Alvo e della Diuresi (scariche diarroiche o stitichezza, necessità di urinare con maggiore frequenza e/o con improvvisa necessità di urinare) *Nausea, Vomito, Disappetenza, Dolenzia intestinale non presente prima della radioterapia* (in caso di irradiazione della cute e/o delle strutture presenti sulla superficie addominale o contenute nella cavità addominale e/o pelvica).

Effetti collaterali probabili tardivi:

Fibrosi e/o Discromie dell'apparato tegumentario e/o del Tessuto al di sotto della Cute (indurimento e retrazione della pelle con alterazione del suo colore e/o irrigidimento dei fasci muscolari) compresi nel campo di irradiazione.

Distrofia cutanea (alterazione, assottigliamento o ispessimento della cute) e/o *Teleangectasie* (comparsa di piccoli vasi superficiali) nella zona irradiata

Alopecia (perdita dei peli nelle zone irradiate).

Benché il verificarsi di ogni effetto collaterale descritto sia possibile, nella maggior parte dei casi questi non si manifestano affatto o si manifestano solo in forma lieve e sono pertanto compatibili con una vita di relazione pressochè normale.

Nonostante la descrizione fatta di tali eventi, prima dell' avvio al trattamento radiante è indispensabile che, di tutto quanto sopra riportato, venga presa conoscenza e coscienza, attraverso questo colloquio con il Dott. _____ che prenderà in carico il caso clinico di specie.

Solo dopo aver compreso a pieno i possibili scenari consequenziali alla radioterapia, si potrà esprimere il consenso, con firma, al trattamento proposto.

Il/La paziente viene altresì informato/a che, in questo Istituto non è presente una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica) pertanto, nel caso di urgente necessità, si potrebbe rendere necessario il trasferimento presso altra Struttura Ospedaliera dotata di UTIC.

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 è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti

di avere la necessità di porre le ulteriori seguenti domande:

a cui

viene fornita esauriente risposta

NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

Acconsente **Non acconsente** al trattamento medico proposto.

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 nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

Il sottoscritto DICHIARA 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 _____