



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
TRATTAMENTO RADIOTERAPICO SEMINOMA 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/a:
SEMINOMA TESTICOLO

Gentile signore

Con il presente documento desideriamo metterla a conoscenza di alcuni importanti aspetti del trattamento radiante cui sta per essere sottoposto per la cura della neoplasia del testicolo di cui è portatore

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; nausea; vomito; diarrea; flatulenza; stitichezza; cistite; riduzione numerica dei valori di globuli bianchi e delle piastrine; riduzione dell'emoglobina e dei globuli rossi (se chemioterapia precedente);

Effetti collaterali **probabili 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).

Effetti collaterali **improbabili** (< 5 %)

precoci: mielite transitoria (infiammazione del midollo con sensazione di scossa elettrica al dorso);

tardivi: gastrite cronica; danni funzionali renali.

Effetti collaterali **eccezionali** (< 1 %)

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

tardivi: mielite permanente; sindrome da malassorbimento intestinale; riduzione numerica dei valori di globuli bianchi e delle piastrine con ipoplasia midollare (possibile preesistenza del danno da chemioterapia); riduzione delle difese immunitarie; 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 _____