



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
CHEMIOTERAPIA ENDOVESCICALE

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. _____

che, per la **NEOPLASIA VESCICALE** sono raccomandate delle **instillazioni endovesicali** con un farmaco ad azione antitumorale, con l'intento di ridurre il rischio delle recidive della malattia.

È noto che la neoplasia vescicale di cui soffro ha una spiccata tendenza a recidivare con le stesse caratteristiche e talvolta a ripresentarsi in una forma più grave dopo la sua rimozione già avvenuta nel corso della resezione endoscopica.

Le linee guida internazionali raccomandano la somministrazione endovesicale di alcuni farmaci con l'intento specifico di ridurre il rischio delle recidive e della progressione della malattia.

Sono stato informato/a dagli specialisti urologi che l'agente chemioterapico più indicato, in base alle caratteristiche cliniche e istologiche della mia malattia, è il/la

Questo farmaco verrà instillato in vescica, in forma di soluzione, utilizzando un sottile e apposito catetere inserito attraverso l'uretra con l'uso di un semplice gel lubrificante o anestetico. La manovra è solitamente del tutto indolore e priva di conseguenze. Molto raramente, in presenza di anomalie, quali stenosi del meato uretrale o dell'uretra o di processi infiammatori o cicatriziali del canale uretrale, la manovra può comportare difficoltà o disturbi tali da richiedere procedimenti correttivi aggiuntivi.

Eventuali disturbi riferibili alla manovra di cateterismo (bruciore uretrale, difficoltà a mingere e presenza di sangue nelle urine) dovranno essere prontamente riferiti allo specialista.

La soluzione di farmaco instillata dovrà essere mantenuta in vescica per almeno 1 ora prima di essere eliminata con la minzione. Quando ciò non sia possibile per un'intolleranza soggettiva, si dovrà informare lo specialista.

Lo schema di trattamento che mi è stato consigliato prevede un ciclo iniziale di instillazioni con frequenza settimanale e un ciclo di instillazioni con frequenza

Gli effetti collaterali più frequentemente correlati con queste instillazioni sono i sintomi irritativi quali: bruciore minzionale, aumento del numero delle minzioni e stimolo minzionale urgente, di lieve o moderata severità.

Meno frequentemente alle instillazioni può seguire: presenza di sangue nelle urine (ematuria), febbre e/o eritema cutaneo. Mi impegno a riferire allo specialista tutti gli eventuali sintomi riferibili alla somministrazione del farmaco. In taluni casi, e su consiglio dello stesso specialista, potrà essere necessario assumere antibiotici o antinfiammatori.

Sono altresì informato/a che, in caso di comparsa di effetti collaterali imprevedibili o di sintomi di particolare severità, a giudizio dello specialista le instillazioni potranno essere sospese. Analogamente, sono consapevole che potrò liberamente interrompere la terapia per qualsiasi ragione personale, dopo aver adeguatamente informato gli specialisti di riferimento.

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 _____