



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

PROSTATECTOMIA RADICALE

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. _____

della patologia di cui sono affetta/o, ovvero **neoplasia prostatica**, delle possibili alternative terapeutiche e dell'intervento chirurgico proposto: **prostatectomia radicale**.

L'intervento si esegue in anestesia generale e consiste nell'asportazione della prostata, delle vescichette seminali, delle ampolle deferenziali con legatura dei deferenti e nell'anastomosi (unione per mezzo di punti di sutura) fra vescica e uretra; generalmente a ciò si associa una rimozione dei linfonodi regionali (linfoadenectomia) (vedi figura sul retro di questo foglio). L'intervento può venire eseguito con le **tecniche tradizionali**, con un'incisione dall'ombelico al pube (tecnica retropubica) o tra l'ano e i testicoli (tecnica transperineale) oppure con la **tecnica laparoscopica o robot assistita**.

La laparoscopia e la robotica consentono di eseguire l'intervento con particolari strumenti che passano all'interno di piccole cannule, del diametro di 5-12 mm, inserite nell'addome, attraverso piccoli buchi dello stesso diametro. L'addome deve essere opportunamente disteso con anidride carbonica. Una particolare telecamera consente di operare guardando l'immagine del campo operatorio su di un monitor. Nella tecnica robotica l'operatore agisce a distanza dal letto operatorio eseguendo l'intervento dalla consolle. Dalla consolle l'operatore esegue l'intervento vedendo il campo operatorio ingrandito e in tre dimensioni mentre l'aiuto, che si trova al lettino operatorio, segue l'intervento su di un monitor in due dimensioni come nella chirurgia laparoscopica tradizionale. Esistono delle comorbilità, quali ad esempio una severa broncopneumopatia ovvero pregressi interventi addominali, che possono costituire una controindicazione agli interventi in laparoscopia o robotica.

Al termine dell'intervento vengono inseriti uno o più drenaggi che fuoriescono dalla parete addominale. Il paziente dovrà mantenere per diversi giorni un catetere trans-uretrale che verrà rimosso a guarigione avvenuta dell'anastomosi fra la vescica e l'uretra.

Nel primo post-operatorio il paziente riceverà una terapia per via endovenosa, mentre l'alimentazione per bocca avverrà dopo circa 48 ore e comunque non appena le funzioni intestinali si saranno ripristinate.

Può essere necessaria la somministrazione di emotrasfusioni sia durante che nei giorni successivi all'intervento.

Le **complicanze** tipiche dell'intervento possono avere una frequenza variabile e sono rappresentate da: incontinenza urinaria persistente, sanguinamento con necessità di trasfusioni, lesioni intestinali (la lesione del retto potrebbe necessitare di una temporanea colostomia), lesioni vascolari o del nervo otturatorio in corso di linfadenectomia, fistole urinose, linfatiche e intestinali, linfoceli, lesioni ureterali, stenosi anastomotiche, ritardi di guarigione della ferita, laparoceli, trombosi venose agli arti inferiori (per prevenire queste ultime complicanze si eseguono delle punture di eparina, si utilizzano calze elastiche e il paziente è invitato a mobilizzarsi precocemente). Per motivi anestesiológicos o per difficoltà tecniche la via laparoscopica può necessitare di una conversione a "cielo aperto".

L'incontinenza urinaria è presente nella maggior parte dei pazienti per un periodo variabile da poche settimane ad alcuni mesi dalla rimozione del catetere. All'intervento consegue necessariamente una perdita dell'eiaculazione e spesso si verifica anche una **perdita dell'erezione** che, in un gran numero di casi, può essere recuperata almeno parzialmente, con idonei presidi terapeutici farmacologici o chirurgici. In casi molto particolari (in base alle condizioni oncologiche, all'età e alle motivazioni del paziente), può essere effettuato un intervento che mira a salvaguardare i nervi erettori. Tale intervento ha comunque percentuali di successo estremamente variabili.

La mortalità operatoria è eccezionale e le cause più frequenti sono l'infarto miocardico acuto e l'embolia polmonare.

Io sottoscritto.....nato a il
dichiaro di essere stata informata in modo esauriente relativamente alla diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche, eventuali alternative e alle prevedibili conseguenze delle scelte operate e di aver avuto la possibilità di porre domande in merito. A tutti i quesiti da me posti sono state date risposte complete ed esaurienti.

Non avendo necessità di ulteriori informazioni dichiaro di sottopormi volontariamente al trattamento e autorizzo pertanto i sanitari dell'Urologia a eseguire su di me i procedimenti terapeutici concordati.



Prima dell'intervento



Asportazione della prostata



Anastomosi fra vescica e uretra

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 _____