



POLO ONCOLOGICO
U.O. ONCOLOGIA MEDICA 1 OSPEDALIERA
U.O. ONCOLOGIA MEDICA 2 UNIVERSITARIA

**MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO
AL TRATTAMENTO MEDICO ONCOLOGICO***

1. SEZIONE INFORMATIVA
E' stata formulata la seguente diagnosi (o sospetto diagnostico)
Trattasi di
<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna
Si propone il seguente trattamento
<input type="checkbox"/> Chemioterapia con il seguente farmaco/regime: _____ <input type="checkbox"/> Immunoterapia con il seguente farmaco/regime: _____ <input type="checkbox"/> Trattamento con terapia <i>target</i> -specifica con il seguente farmaco/regime: _____ <input type="checkbox"/> Altra tipologia di trattamento: _____
Come si esegue il trattamento
<input type="checkbox"/> Infusione endovenosa, da ripetere ogni _____ giorni / _____ settimane <input type="checkbox"/> Iniezione sottocutanea/intramuscolare, da ripetere ogni _____ giorni / _____ settimane <input type="checkbox"/> Somministrazione orale
Benefici attesi
<input type="checkbox"/> Eradicazione della malattia/riduzione del rischio di recidiva: terapia adiuvante/neoadiuvante <input type="checkbox"/> Regressione/controllo della malattia: terapia di _____ linea
Quali possono essere i rischi e le complicanze
<input type="checkbox"/> Abbassamento del numero dei globuli bianchi (leucopenia), con conseguente rischio di febbre e infezioni <input type="checkbox"/> Abbassamento del numero dei globuli rossi e dell'emoglobina (anemia), con conseguente rischio di ricevere trasfusioni <input type="checkbox"/> Abbassamento del numero di piastrine nel sangue (piastrinopenia) con il conseguente rischio di emorragie e/o necessità di trasfusioni <input type="checkbox"/> Perdita di capelli (alopecia) o cambiamento del colore dei capelli <input type="checkbox"/> Nausea, vomito, con possibile rischio di squilibrio elettrolitici <input type="checkbox"/> Infiammazione delle mucose (mucosite), come ad esempio congiuntivite, cistite, proctite e vaginite <input type="checkbox"/> Diarrea ed enteriti, con possibile rischio di squilibrio elettrolitici <input type="checkbox"/> Formicolii (parestesie), riduzione della sensibilità e talvolta delle capacità motorie (neurotossicità) <input type="checkbox"/> Tossicità renale e, in casi gravi, rischio di insorgenza di insufficienza renale <input type="checkbox"/> Tossicità a livello del fegato, con rischio nei casi gravi di insufficienza epatica <input type="checkbox"/> Disturbi della funzionalità cardiaca con rischio di aritmie, ischemie e scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Fenomeni trombo-embolici arteriosi e/o venosi



POLO ONCOLOGICO
U.O. ONCOLOGIA MEDICA 1 OSPEDALIERA
U.O. ONCOLOGIA MEDICA 2 UNIVERSITARIA

- Alterazioni del visus oculare
- Alterazioni della cute (secchezza, fissurazioni, eruzioni, infezioni) e degli annessi cutanei (unghie)
- Perforazione o sanguinamento a livello degli organi cavi (intestino, vie aeree) o a livello encefalico
- Reazione allergica ai farmaci infusi con rischio, nei casi gravi, di shock anafilattico
- Danni nel punto di inoculo per stravasamento dei farmaci
- Disturbi della funzionalità delle ghiandole endocrine (come ad esempio pancreas endocrino, ipofisi, tiroide e surrene), sia in termini di aumentata che di ridotta produzione ormonale
- Perdita momentanea o permanente dell'ovulazione ovarica e della fertilità
- Riduzione momentanea o permanente della produzione di spermatozoi con conseguente infertilità
- In caso di gravidanza, gravi malformazioni al feto e aborti spontanei
- Possibilità che alcuni degli eventi sopra citati siano irreversibili, anche dopo la sospensione del trattamento
- Possibilità che alcuni degli eventi sopra citati provochino la necessità di ricovero ospedaliero per una corretta e tempestiva gestione della tossicità
- Possibilità di decesso (morte tossica), come conseguenza degli eventi avversi di maggiore severità sopra riportati

Possibili alternative al trattamento proposto, relativi benefici, rischi e complicanze

- Schema di trattamento alternativo: _____, associato a:
 - Profilo di tossicità differente/peggiore, perciò ritenuto meno opportuno nella sua situazione
 - Minore efficacia, perciò ritenuto meno opportuno nella sua situazione

Conseguenze del rifiuto al trattamento sanitario consigliato

- Mancata eradicazione della malattia/mancata riduzione del rischio di recidiva
- Mancata regressione/mancato controllo della malattia

Prescrizioni prima del trattamento consigliato

- Posizionamento di catetere venoso centrale (CVC)
- Accertamenti/valutazioni specialistiche
- Esami ematochimici e di stadiazione di malattia

Prescrizioni dopo il trattamento consigliato

- Istruzioni per la gestione degli effetti collaterali
- Istruzioni per l'accesso al reparto in caso di effetti collaterali
- Istruzioni per la comunicazione con il reparto in caso di effetti collaterali



POLO ONCOLOGICO
U.O. ONCOLOGIA MEDICA 1 OSPEDALIERA
U.O. ONCOLOGIA MEDICA 2 UNIVERSITARIA

**2. SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO/DISSENSO PER PAZIENTE MAGGIORENNE
CAPACE DI AUTODETERMINAZIONE**

Io sottoscritto/a (nome) (cognome)

Nato/a il a e residente a

Dichiaro di:

- aver letto la sezione informativa,
- aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
- aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite dal medico, in merito alla patologia di cui sono/potrei essere affetto/a, la natura, la finalità, i benefici e le possibili complicanze del trattamento propostomi e delle eventuali alternative,
- essere stato/a informato/a delle conseguenze negative per la salute in caso di rifiuto del trattamento consigliatomi,
- essere stato/a informato che in ogni momento posso revocare il mio consenso/dissenso,
- essere stato/a informato/a che nel caso in cui l'esecuzione del trattamento proposto sia programmato a distanza dall'acquisizione del consenso la mia condizione clinica sarà rivalutata e, ove non vi siano modifiche, mi sarà richiesto di confermare il consenso già espresso con l'apposizione di una nuova firma,
- essere stato/a informato/a che l'AOUP fa parte di una rete di formazione specialistica universitaria, per cui è possibile che il trattamento venga effettuato con il supporto di un medico in formazione specialistica sotto la guida di un sanitario dipendente della struttura,
- non essere a conoscenza di allergie a farmaci e/o anestetici locali; acconsento pertanto al loro utilizzo sulla mia persona,
- essere a conoscenza di allergie ai seguenti farmaci e/o anestetici locali.....

pertanto

- ACCONSENTO** a sottopormi all'accertamento/trattamento propostomi
- Pur prendendo atto di quanto sopra, NON ACCONSENTO** a sottopormi al trattamento propostomi.

Data Firma del paziente.....

Data Firma e timbro del medico.....



POLO ONCOLOGICO
U.O. ONCOLOGIA MEDICA 1 OSPEDALIERA
U.O. ONCOLOGIA MEDICA 2 UNIVERSITARIA

<p>Se necessario, dichiaro di</p> <p><input type="checkbox"/> essere in stato di gravidanza <input type="checkbox"/> non essere in stato di gravidanza <input type="checkbox"/> non esserne a conoscenza</p> <p>Firma del paziente</p>
<p>Altri eventuali operatori e/o familiari/persona di fiducia del paziente presenti:</p> <p>Nome e cognome Firma:</p> <p>Nome e cognome Firma:</p>
<p>Presenza di mediatore culturale o di altro interprete per:</p> <p><input type="checkbox"/> barriera linguistica <input type="checkbox"/> disabilità sensoriale <input type="checkbox"/> incapacità di firmare</p> <p>Nome e cognome Firma:</p>