

SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA

Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico

AZIENDA/USL..... OSPEDALE DI.....
UNITA' OPERATIVA DI.....Direttore: Prof/Dott.....

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____ dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dott _____ che l'affezione riscontratami è una **NEOPLASIA MAMMARIA MALIGNA**, per la quale è previsto l'intervento chirurgico che consisterà in una **QUADRANTECTOMIA** (ovvero nell'asportazione di un quadrante della mammella) Mi è stato anche spiegato che, essendo il tumore di cui sono portatrice/tore di piccole dimensioni, può non essere indicata la linfadenectomia ascellare (ovvero l'asportazione dei linfonodi ascellari). Mi è stata proposta perciò la biopsia del **LINFONODO SENTINELLA** (moderna tecnica che prevede la ricerca di un particolare linfonodo dell'ascella, mediante iniezione locale di un colorante vitale o con tecnica radioguidata per mezzo dell'iniezione di una sostanza radioattiva), il quale, se reperito e risultato negativo per infiltrazione neoplastica all'esame istologico estemporaneo intraoperatorio, può evitare lo svuotamento dei linfonodi ascellari. Sono stata/o anche informata/o che la positività istologica o il mancato reperimento del linfonodo sentinella indicano la necessità di procedere allo svuotamento ascellare ed anche che in una minoranza di casi il "linfonodo sentinella" può risultare negativo anche in presenza di metastasi in altri linfonodi del cavo ascellare.

Dell'intervento propostomi (che verrà eseguito in **anestesia generale**) mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, quali la radio- e/o chemioterapia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o dei limiti della procedura e delle possibili complicanze ad essa legate.

Le complicanze possibili, legate a tali interventi, possono essere:

- In caso di impiego del colorante vitale, questo può causare delle **reazioni allergiche** che possono essere prontamente trattate in sala operatoria dall'anestesista ;
- La possibile, temporanea **colorazione bluastra** della cute della mammella e dell'areola, così come la transitoria colorazione blu delle urine, assolutamente prevedibile, passeggera e senza alcun significato patologico;
- Relativamente all'impiego del tracciante radioattivo, non sono segnalate complicanze specifiche ed inoltre mi è stato riferito che la sostanza usata è debolmente radioattiva (l'assorbimento di una dose di radiazioni in seguito a ricerca del "linfonodo sentinella" è pari a quello che si verifica nel corso di 1-2 mammografie).
- In caso di linfadenectomia, parziale o totale, possibili sequele o complicanze sono rappresentate da: **linfedema cronico** del braccio (ingrossamento del braccio per difficoltà del drenaggio linfatico); **raccolta di siero o linfa (sieroma, linfocele)** nel cavo ascellare; **parestesie** o altri **disturbi** (il più delle volte temporanei) **neurotrofici** del braccio e/o della parete toracica e da possibili **lesioni di nervi** (ad es. nervo toracico lungo) con possibile sviluppo della cosiddetta "scapola alata".
- Sono stata/o anche ampiamente informata/o che il rischio di recidiva locale, presente anche nella mastectomia radicale, è leggermente superiore nell'intervento di quadrantectomia.
- **Complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze o sequele potrebbero essere rappresentate da _____

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informato sulla frequenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità operativa), spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la loro incidenza può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o: _____

Sono stata/o inoltre informata/o che residueranno in ogni caso una o più cicatrici sia a livello ascellare che mammario.

Il chirurgo mi ha informato che dopo un intervento di quadrantectomia si esegue di routine la radioterapia sulla mammella residua e che il follow-up oncologico potrà indicare la necessità di ormonoterapia e/o chemioterapia.

Sono consapevole che in caso di difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche propostemi, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a portare a termine l'atto chirurgico nella migliore sicurezza

Ciò premesso, **Dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. **Dichiaro**, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da chiedere. Consapevolmente, quindi, **Acconsento Non Acconsento** al trattamento chirurgico propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.

Acconsento Non acconsento a sottopormi a linfadenectomia completa del cavo ascellare nel caso in cui vi siano linfonodi ascellari clinicamente palpabili o quando il "linfonodo sentinella", eventualmente ricercato, sia metastatico o non sia reperibile.

Autorizzo Non Autorizzo inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie precedentemente non diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura, anche modificando il programma terapeutico propostomi e preventivamente concordato.

Autorizzo Non autorizzo l'utilizzo di tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi istopatologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Acconsento Non acconsento che nel corso delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche in oggetto 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.

Data _____

Firma del Medico

Firma del/la Paziente
