

NOTA INFORMATIVA RADIOTERAPIA CON FASCI ESTERNI DELLA REGIONE MAMMARIA

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

----- [__ / __ / ____] ora: __ / __

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la
preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.**

Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi
fornisce le informazioni

RATER11 – rev. 10.02.2023

Alla luce di tali premesse:

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona¹?

☐ SI ☐ NO

FIRMA DEL PAZIENTE

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

☐ SI ☐ NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

¹ Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA

Radioterapia con fasci esterni della regione mammaria

dopo chirurgia conservativa

1. CHE COS' È?

La radioterapia è una terapia locale, non invasiva, indolore, effettuata per lo più in regime ambulatoriale, in grado di provocare la morte delle cellule tumorali attraverso l'utilizzo di radiazioni di elevata energia chiamate radiazioni ionizzanti.

Dopo chirurgia conservativa per neoplasia mammaria (quadrantectomia), la radioterapia postoperatoria rappresenta un completamento del paradigma di trattamento locoregionale.

2. COME SI CURANO LE NEOPLASIE MAMMARIE DA UN PUNTO DI VISTA LOCO-REGIONALE?

Il trattamento locoregionale delle neoplasie mammarie secondo algoritmo QUART prevede l'asportazione della neoplasia mammaria tramite chirurgia conservativa seguita da trattamento radiante sulla ghiandola residua associato o meno all'irradiazione profilattica delle regioni linfonodali

3. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA DEL TRATTAMENTO RADIANTE?

Il trattamento radiante prevede una fase preparatoria che consta di:

- 1) la prima simulazione in cui viene stabilito il sistema di posizionamento personalizzato per il paziente e viene eseguita una TC di centratura, utile per la realizzazione del piano di trattamento;
- 2) l'elaborazione del piano di trattamento che coinvolge il personale medico e fisico e non direttamente il paziente;
- 3) la seconda simulazione in cui si esegue la verifica pre-trattamento e *che può o meno coincidere* con l'inizio del trattamento radiante. Una volta iniziato il trattamento radiante, lo stesso avrà luogo da lunedì a venerdì secondo fascia oraria dedicata al paziente.

4. QUALI SONO I BENEFICI?

Il trattamento radiante postoperatorio dopo chirurgia per neoplasia mammaria per neoplasia mammaria riduce il tasso di recidiva locale e si associa ad un beneficio in sopravvivenza cancro-specifica.

5. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Non è necessario il digiuno.

Non è necessario sospendere la terapia farmacologica quotidiana.

In caso di assunzione di anticoagulanti e/o antiaggreganti (come la cardioaspirina) il medico curante darà indicazioni specifiche ai pazienti, secondo la "Procedura aziendale sugli antiaggreganti e anticoagulanti".

COSA PORTARE CON SÈ: il contenitore per eventuali protesi dentarie mobili; Tessera sanitaria; impegnativa per l'intervento; eventuale tessera di esenzione; Documentazione sanitaria di esami/visite precedenti, soprattutto se eseguiti in altre strutture (immagini; dischetti CD-ROM; etc.) e i farmaci personali.

6. DURATA DELLA PROCEDURA

Ciascuna seduta ha una durata di circa 10-15 minuti.

7. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Il trattamento non richiede alcuna accortezza post-procedurale.

8. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Non eseguendo il trattamento radiante postoperatorio ci si può esporre ad un rischio aumentato di recidive locali e pertanto al rischio di reintervento chirurgico anche di tipo demolitivo.

I casi di omissione del trattamento vanno accuratamente discussi caso per caso definendo il rischio individuale sulle base delle caratteristiche anatomo-patologiche e biologiche di malattia.

9. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Gli effetti collaterali comuni ACUTI (che insorgono durante il trattamento e possono in parte persistere fino a 3 mesi dopo la fine dello stesso) di un trattamento radiante della regione mammaria includono astenia, arrossamento e disepitelizzazione della cute, riduzione dei valori ematici dei globuli bianchi, piastrine e globuli rossi, perdita dei peli nella regione irradiata.

Inoltre ulteriori effetti meno comuni, riscontrabili durante la radioterapia della regione toracica possono essere:

- edema e flogosi della ghiandola mammaria
- nei casi di maggior severità epiteliosi cutanea confluyente

Effetti collaterali TARDIVI (che possono comparire indipendentemente dal verificarsi di precedenti reazioni acute e possono diventare cronici a distanza di mesi e/o anni dopo la fine della radioterapia) sono:

- riduzione volumetrica della ghiandola mammaria irradiata
- fibrosi sottocutanea
- aumento della pigmentazione della cute
- teleangectasie

- linfedema dell'arto superiore omolaterale (rischio aumentato se è stato effettuato in precedenza uno svuotamento ascellare e se si irradia in concomitanza la regione sovraclavare e ascellare);
- fibrosi del mantello polmonare
- danni cardiaci

Potrebbero verificarsi altre complicanze rare ed imprevedibili per le quali comunque verranno messe in atto tutte le terapie possibili.

10. DOLORE POST-PROCEDURA

Dopo ogni seduta il paziente non avverte dolore. Il dolore può insorgere nel corso del trattamento a causa dell'infiammazione che si crea a livello della ghiandola irradiata, può avere entità variabile e dipendente da molteplici fattori.

11. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI

Non esistono terapie alternative.

12. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

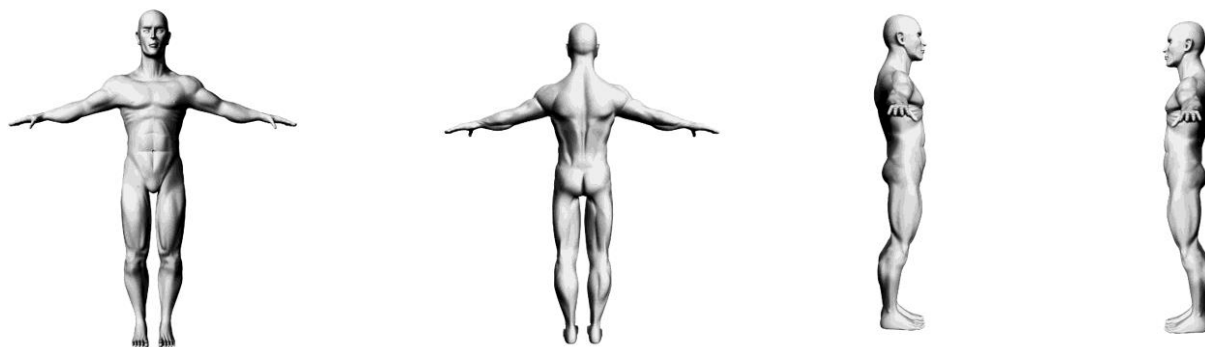
Dopo il termine del trattamento radiante, nei successivi 15 giorni potrebbe verificarsi un peggioramento degli effetti collaterali a carico della cute e del sottocute.

Il paziente che notasse tale peggioramento o che sviluppasse problematiche di natura clinica a livello della regione radio-trattata può contattare i medici del reparto che assicureranno una valutazione nel più breve tempo possibile.

13. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

In tutte le pazienti che omettono il trattamento radiante sulla mammella residua dopo chirurgia conservativa si verifica un incremento delle recidive locali. Il rischio relativo individuale può essere stimato caso per caso sulla base dell'età della paziente e delle caratteristiche anatomo-patologiche e biologiche della neoplasia e discusso con il medico di prima visita.

14. INDICARE CON UNA X IL PUNTO DEL CORPO INTERESSATO DAL TRATTAMENTO PROPOSTO



15. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

In tutte le pazienti sottoposte a radioterapia postoperatoria si ha una riduzione significativa del rischio di recidiva locale. Tale rischio tuttavia non può essere azzerato.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

- 1.) *Durante il trattamento posso stare vicino a bambini o donne incinta?*
 - 2.) *Durante il trattamento posso lavorare?*
 - 3.) _____
-

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione di Chirurgia Generale oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Nell'ambito dell'educazione clinica dei pazienti, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha creato delle pagine web e degli opuscoli informativi utili al paziente.

Di seguito trova il QR code, che potrà inquadrare con il suo cellulare, e che la porterà alle informazioni cliniche e organizzative di sua utilità.



**RADIOTERAPIA PER
CARCINOMA MAMMARIO**
“Brochure: Il mio seno e
la radioterapia”



**LA RADIOTERAPIA
ONCOLOGICA**

RESTITUZIONE DELL'INFORMATIVA

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Data __/__/____

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate².

Ora __: __

Data __/__/____

Firma del medico

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA
INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

RATER11 – rev. 10.02.2023

² Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell'atto del consenso è necessario raccoglierne le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.