NOTE INFORMATIVE
ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE

Nome e Cognome del paziente

_ _

Data di rilascio al paziente

[_ _ / _ _ / _ _ _ _] ora: _ _ / _ _

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

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CHIRGEN12 – rev. 08.01.2024

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 persona[1]?

[_] 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 si a chi?

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 A
ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONE ARTO SUPERIORE

Gentile paziente, La ringraziamo per aver scelto il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la nostra equipe che si prenderà cura di Lei in questo percorso terapeutico, ponendoLa al centro della nostra attenzione secondo la missione del nostro Policlinico: “La scienza per l’uomo”.

La sua diagnosi di sarcoma dell’arto superiore è stata vagliata dal nostro gruppo interdisciplinare, come prevede il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del nostro Policlinico. Le è stata proposta una procedura chirurgica di cui qui sotto troverà i dettagli, già illustrati dal medico che le ha fornito questa informativa.

1. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA PROPOSTA DI ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONE DELL’ARTO SUPERIORE?

L’intervento verrà eseguito in anestesia generale.
Al fine di ottenere una maggiore radicalità oncologica e/o in considerazione delle caratteristiche della malattia l’intervento prevede:

- □ Exeresi semplice della regione _____
- □ Ampia exeresi della regione _____
- □ Ampia demolizione della loggia _____
- □ Demolizione sub compartimentale della loggia _____
- □ Demolizione compartimentale della loggia _____
  _____
- □ Altro_____

dell’arto superiore di ☐ DESTRA ☐ SINISTRA

Inoltre, al fine di ottenere un recupero estetico e/o funzionale l’intervento chirurgico prevede o può prevedere una ricostruzione plastica mediante:

- ☐ innesto dermoepidermico;
- ☐ lembo locale _____
- ☐ lembo peduncolato _____
- ☐ lembo libero rivascolarizzato _____
- ☐ altro tipo di ricostruzione: _____

Residueranno una o più cicatrici chirurgiche e che in caso di ricostruzione plastica potranno anche esitare cicatrici in sedi anatomiche diverse da quella della malattia.

2. QUALI SONO I BENEFICI?

L’intervento qui descritto viene proposto come la migliore opzione terapeutica, al termine di una valutazione del suo caso da parte del gruppo interdisciplinare. L’obiettivo è l’asportazione completa della neoplasia con adeguati margini di tessuto sano adiacenti, come prevedono le più recenti linee-guida oncologiche. Potrà rendersi necessario, durante l’intervento, modificare la tecnica chirurgica in funzione della situazione anatomica riscontrata intraoperatoriamente.

3. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

È prescritta l'astensione dal bere e dal cibo per almeno 6 ore prima dell'intervento; in ogni caso il medico referente indicherà se continuare o sospendere la terapia quotidiana.
In caso di assunzione di anticoagulanti e/o antiaggreganti (come la cardioaspirina) il medico curante darà indicazioni specifiche, secondo la "Procedura aziendale sugli antiaggreganti e anticoagulanti".
Prima di uscire di casa per venire in ospedale è necessario eseguire una doccia, lavandosi accuratamente per prevenire infezioni postoperatorie; per lo stesso motivo è bene indossare biancheria intima pulita e abiti comodi.
COSA LASCIARE A CASA: anelli, orologio, braccialetti, collane, etc.
COSA PORTARE CON SÈ: il contenitore per eventuali protesi dentarie mobili; tessera sanitaria; impegnativa per l'intervento; documento di riconoscimento valido (carta d'identità, passaporto, etc.); 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.

4. DURATA DELLA PROCEDURA

L'intervento chirurgico può avere una durata molto variabile, legata alle dimensioni e alla sede della patologia, alla necessità di effettuare la ricostruzione di chirurgia plastica, a caratteristiche specifiche del paziente (anomalie anatomiche, ad esempio); per il tipo di intervento qui descritto, si può prospettare una durata dell'intervento da 3 a 14 ore, salvo complicanze intraoperatorie.

5. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

A seconda della durata dell'intervento, delle sede della neoplasia e delle caratteristiche del paziente può essere necessario il trasferimento in Terapia intensiva per circa 12-48 ore per un monitoraggio accurato e per favorire la ripresa delle funzioni vitali. La degenza postoperatoria prosegue poi in reparto. A seconda dei casi potrà rendersi necessaria una successiva degenza presso un centro di riabilitazione.

6. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

L'intervento chirurgico si propone di asportare completamente la massa neoplastica, premessa necessaria per la guarigione. Questo può comportare la comparsa di sintomi e situazioni cliniche che vengono elencate nel successivo paragrafo e che possono richiedere trattamenti a lungo termine (fisioterapia, utilizzo di tutori e ausili per la deambulazione, ecc.).

7. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Trattandosi di un intervento di notevole entità, le complicanze non sono rare e possono essere a volte gravi, così come sono di importante entità alcuni deficit postoperatori, solo in parte reversibili.

Le più comuni complicanze in ambito intraoperatorio sono:

- LESIONI VASCOLARI che possono portare a emorragia grave con necessità di emotrasfusione, alterazioni della vascolarizzazione dell'arto superiore di carattere acuto o cronico e di entità lieve o grave (fino alla possibilità di amputazione, che presenta aumentata frequenza nei pazienti vasculopatici). Eventuali lesioni vascolari potranno essere trattate con sutura, ricostruzione o legatura dei vasi.

- LESIONI NERVOSE con conseguenti parestesie, ipoestesie o anestesie di parte o dell'intero arto e deficit funzionali motori.
- ALTRO_____;

Tra le varie complicanze nella fase peri-operatoria possono verificarsi:

- EMORRAGIA (che può richiedere trasfusioni e/o un reintervento);
- INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO che possono comportare la riapertura della ferita ed un prolungato periodo di terapia antibiotica, di medicazioni della ferita, una ritardata guarigione o, raramente, una compromissione dello stato generale o un reintervento;
- NECROSI DEI LEMBI CHIRURGICI PARZIALE O TOTALE con possibile diastasi (cioè apertura) della ferita;
- PARESTESIA (ossia sensazione di prurito o di acqua che scorre, formicolii, bruciori, ecc.), ANESTESIA (mancanza di sensibilità tattile, termica, dolorosa), DOLORE nel territorio trattato nonché in corrispondenza della cicatrice; questi sintomi possono regredire anche dopo anni o, talora, essere permanenti;
- TROMBOSI VENOSA PROFONDA / TROMBOFLEBITI DELL'ARTO
- TROMBOEMBOLIA POLMONARE
- ISCHEMIA DELL'ARTO SUPERIORE
- EDEMA DELL'ARTO SUPERIORE
- LINFORREA (emissione prolungata di linfa nella zona dell'intervento, con necessità di mantenere in sede o posizionare un drenaggio)
- LINFOCELE (raccolta di linfa nella sede dell'intervento)
- SIEROMA SOTTOCICATRIZIALE (raccolta di siero sotto la ferita chirurgica)
- DEFICIT FUNZIONALI DEL NERVO_____ CON DEFICIT MOTORIO A CARICO DI _____ _____
- ALTRO_____

Tra le possibili complicanze/conseguenze a lungo termine correlate all'intervento chirurgico possono verificarsi:

- INSUFFICIENZA RENALE/SURRENALICA CRONICA;
- LINFEDEMA dell'arto superiore, che nella maggior parte dei casi è di lieve entità ma può talora essere cospicuo ed invalidante e richiedere ulteriori trattamenti medico-chirurgici;
- ISCHEMIA DELL'ARTO;
- IPOSTENIA DEL MUSCOLO / DEI MUSCOLI _____ _____ CON DIFFICOLTÀ AL MOVIMENTO DI _____
- ANESTESIA/DISESTESIA DELLA REGIONE _____ _____
- STUPOR POSTCHIRURGICO A CARICO DEL NERVO _____ _____ (tale esito può associarsi a deficit sensitivo/motorio di entità variabile, eventualmente accompagnato da dolore neuropatico, e con tempi di ripresa che possono durare fino a 12-18 mesi dopo la chirurgia);
- PATOLOGIE DELLA CICATRICE (ipertrofica, cheloide) eventualmente retraenti, raramente comportanti alterazioni funzionali tali da richiedere un trattamento chirurgico;
- LINFANGITE RICORRENTE;
- ALTRO _____

È necessario essere consapevoli della possibilità del verificarsi di decesso intraoperatorio o perioperatorio.

Il chirurgo le ha spiegato la probabilità che si verifichino le suddette complicanze e il rischio di mortalità spiegando come la chirurgia, ed in particolare l'intervento proposto, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che l'incidenza di complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui Lei è affetto/a:

- _____
- _____
- _____

Il paziente/tutore/patria potestà è edotto circa la possibilità che, presentandosi la necessità di salvare il paziente da un pericolo intraoperatorio imminente non altrimenti evitabile o se si constatasse la difficoltà o impossibilità di eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno più idonee per portare a termine l'atto chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettato. Sono stato inoltre reso edotto che l'intervento propostomi potrebbe avere uno scopo meramente palliativo, come sopra esposto.
Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o delle complicanze non prevedibili.

8. DOLORE POST-PROCEDURA

La gestione del dolore verrà trattato in tutto il percorso perioperatorio con terapia adeguata secondo il protocollo aziendale.
Il paziente deve riferire esattamente, al personale, se riscontra beneficio alla terapia in corso, in caso contrario la terapia verrà modificata.

9. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI

L'indicazione al trattamento chirurgico qui proposto nasce dal consulto interdisciplinare (oncologo, radioterapista, radiologo, chirurgo, anatomo patologo, ecc.) in cui ogni caso di sarcoma viene esaminato per definire il miglior trattamento possibile. Nel caso in cui il paziente non intenda sottoporsi al trattamento chirurgico proposto, si potranno mettere in atto trattamenti palliativi, cioè che non curano la patologia ma cercano di dare sollievo dai sintomi (dolore, nausea, ecc.).

10. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

Il paziente che notasse anomalie a livello della ferita chirurgica o della regione operata o segni e sintomi generali (febbre, ad esempio) deve ricorrere al medico di famiglia ed eventualmente all'equipe chirurgica che ha eseguito l'intervento. I recapiti dell'equipe sono indicati nella lettera di dimissione.
In caso di ricorso al Pronto Soccorso di altri ospedali, è bene avvisare l'equipe così che possa prendere contatto con i medici del pronto soccorso stesso.

11. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

L'evoluzione naturale della malattia porta ad un aumento di dimensioni della malattia, ad una sua diffusione nell'organismo con gravissime conseguenze, fino al decesso del paziente.

12. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

Il trattamento proposto è quello che ha la maggiore probabilità di successo nell'eradicazione della malattia, sulla base delle linee guida internazionali. Il successo dell'intervento dipende da molteplici fattori legati sia al paziente (patologie concomitanti, stile di vita, ad esempio) che alle caratteristiche biologiche della neoplasia (che non sono controllabili).

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.

RICEVUTA DI CONSEGNA 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.

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

_____

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate[2].

Ora _ _ : _ _

Data _ _ / _ _ / _ _ _ _

Firma del medico

_____

QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA

INSIEME AL MODULO "POL06 – CONSENSO INFORMATO" FIRMATO

CHIRGEN12 – rev. 08.01.2024

[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.