

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA TERAPIA RADIOMETABOLICA CON IODIO 131 NEI PAZIENTI CON CARCINOMA DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE

Io sottoscritto/a _____

nata/o nata/o a _____ il _____

ricoverato, nel Servizio di Medicina Nucleare

con la seguente diagnosi/sospetto diagnostico: **DTC (Carcinoma Differenziato della Tiroide)**

confermo di essere stata/o adeguatamente informato da _____

sulla mia situazione clinica e di aver ricevuto ad integrazione del colloquio, ove previsto, una copia della brochure informativa, che ho letto; di aver ricevuto, infine, al riguardo chiare risposte ad ogni mia domanda.

Ho così compreso che allo scopo di migliorare e/o stabilizzare la situazione attuale o di evitare peggioramenti delle mie condizioni cliniche si rende necessario il **piano specifico di trattamento medico** della mia malattia che consiste in:

trattamento radiometabolico con 131-I, mediante somministrazione orale

☐ **Sono stata/o messa/o a conoscenza:**

- dei **potenziali benefici** legati a questo trattamento;
- dei **principali effetti indesiderati** legati a questo trattamento, a breve e medio-lungo termine (in generale molto poco frequenti), e in particolare a:

- ❖ nausea/vomito
- ❖ lieve senso di **dolore al collo**. Questi disturbi tendono a scomparire spontaneamente senza alcun tipo di cura o eventualmente con l'ausilio di farmaci sintomatici.
- ❖ L'accumulo di radioiodio nelle ghiandole salivari può causare un'**infiammazione ghiandolare** (scialoadenite) con tumefazione, dolore e secchezza della bocca per ridotta produzione di saliva. Mantenere una adeguata idratazione ed assumere succo di limone durante il ricovero potrà ridurre notevolmente questi problemi;
- ❖ possibile comparsa di sterilità in età fertile per dosi cumulative;
- ❖ le complicanze più gravi, come l'induzione di una leucemia o la comparsa di un secondo tumore, sono rarissime e possono comparire solo dopo frequenti somministrazioni, molto ravvicinate tra loro e per dosi cumulative di 131-I molto elevate;
La rarità di tali eventi è tale da non condizionare l'effettuazione del trattamento tutte le volte che esso viene giudicato utile o necessario.

☐ Sono stata/o messa/o a conoscenza che il radioiodio verrà somministrato alle attività e con le modalità previste in letteratura medica, e che verranno eseguiti i controlli clinici, gli atti preventivi e curativi necessari per ridurre al minimo gli effetti indesiderati della terapia.

☐ Sono stata/o informata/o circa gli esami e controlli periodici cui dovrò sottopormi nel corso della terapia per verificarne l'efficacia e l'eventuale tossicità.

☐ Sono stata/o messa/o a conoscenza della necessità di evitare gravidanze durante e dopo il trattamento (divieto di concepire di 6 mesi per l'uomo e 12 mesi per le donne: perché non è possibile escludere effetti pericolosi per il feto) e della necessità di comunicare ai medici del Servizio di Medicina Nucleare eventuali gravidanze intraprese. Mi è stata data la disponibilità di un colloquio più approfondito in merito ai rischi/benefici del trattamento propostomi, ed eventuali rischi per il feto.

Si fa inoltre presente che le donne in età fertile dovranno astenersi dai rapporti non protetti nei 30 giorni precedenti la terapia con 131-I.

- ☐ Sono stato informato circa le possibili alternative terapeutiche disponibili (benefici teorici e tossicità), esistenti per la mia situazione (stadio) di malattia e sulla possibilità di essere reclutato in studi clinici sperimentali, con i connessi vantaggi e potenziali svantaggi.
- ☐ Conosco la prevedibile evoluzione della mia malattia in assenza delle cure proposte.
- ☐ Il presente **modulo è stato lasciato in mio possesso per almeno 24 ore**. Ho avuto il tempo per riflettere e la possibilità di porre in proposito tutte le domande che ho ritenuto opportune, ed ho ottenuto in merito risposte che ho compreso appieno e che mi hanno soddisfatto.

La presente dichiarazione vale per l'intero ciclo terapeutico, ma so che posso decidere liberamente, in qualsiasi momento, di interrompere il trattamento. Il medico del Servizio di Medicina Nucleare che mi ha in cura potrà allora informarmi su eventuali altri trattamenti che dovessero prospettarsi in relazione alla mia condizione. Allo stesso modo, qualora nel corso della terapia il medico specialista che mi ha in cura ritenesse opportuno interrompere o modificare il trattamento intrapreso in base alle mie mutate condizioni, o alla disponibilità di nuovi risultati, ne sarò tempestivamente informato.

- ☐ Sono stato informato che, nel caso di rifiuto al trattamento considerato ottimale propostomi dal medico, sarà valutato un trattamento antitumorale alternativo (se disponibile), e mi sarà sempre assicurata la continuità dell'assistenza e delle cure di tipo palliativo, con il massimo dell'impegno e professionalità da parte dei medici del Servizio che mi ha preso in carico, o affidandomi a centri ad esse dedicate.
- ☐ Sono consapevole che in ogni trattamento sanitario, diagnostico e terapeutico nonostante il corretto comportamento e la prudenza dell'operatore vi è la possibilità di conseguenze dannose, anche se imprevedibili. Ho discusso con il medico i rischi specificatamente connessi al mio caso e ho appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica e dello stato attuale delle conoscenze, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati.

Ritengo di aver ottenuto informazioni sufficienti per esprimere un consenso consapevole al trattamento/indagine. Pertanto:

- ☐ **acconsento al trattamento proposto.** Sono consapevole che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata.
Qualora in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora:
- il cambiamento ritenuto necessario al solo scopo di fronteggiare le complicità;
 - eventuali ulteriori interventi necessari ed urgenti a seguito dell'intervento principale;

- ☐ **non acconsento**, certo che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza;

- ☐ **autorizzo** l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ad informare le sottoindicate persone sul mio stato di salute:

Coniuge ☐ sì ☐ no _____

Figli ☐ sì ☐ no _____

Genitori ☐ sì ☐ no _____

Altri ☐ sì ☐ no _____

- ☐ Dichiaro di non voler ricevere ulteriore informazione circa la malattia (note):

Bolzano, li _____

Firma della/del paziente
(o della/del Rappresentante legale)

Timbro e firma del medico

- ☐ si consegna brochure informativa