



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II
Dipartimento ad Attività Integrata di Medicina Clinica

Direttore: Prof. Paolo Rubba

Tel. 0817462300- Fax: 0815466152

U.O.C. Oncologia Medica

Primario: Prof. Sabino De Placido

Tel. 0817463660-Fax: 0812203147

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON FARMACI
ANTINEOPLASTICI**

(Ai sensi degli art. 610 e 611 del C.P. 132 e 32, Costituzione art.39 e 40 e del Codice Deontologico e direttive Comitato Nazionale di Bioetica)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

-Per mio conto,

-Per conto di _____, in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale/tutore legale/amministratore di sostegno,

affermo di aver compreso di essere affetto da _____ e che il trattamento di suddetta patologia tumorale richiede la somministrazione di terapie per cui è previsto il consenso esplicito dell'ammalato, in quanto non esente da rischi.

Mi sono stati spiegati in modo chiaro ed a me comprensibile i benefici conseguibili, le alternative possibili, nonché i rischi connessi sia all'esecuzione che alla mancata esecuzione di tali terapie, precisando che saranno poste in essere tutte le tecniche possibili per ridurre i rischi. In particolare, gli effetti collaterali più comuni dei trattamenti chemioterapici sono rappresentati da: anemia, leuco/neutropenia, piastrinopenia, nausea, vomito, alopecia, irritazione fino a possibile ulcerazione delle mucose della bocca, astenia, anoressia, diarrea o stitichezza, alterazioni della funzionalità epatica, renale, cardiaca o neurologica, sindrome mano-piede, alterazioni cutanee ed ungueali, reazioni allergiche e altre conseguenze rilevanti più rare che mi sono state spiegate. Tali effetti sono generalmente di entità lieve o moderata, reversibili con la sospensione del trattamento e controllabili con adeguata terapia medica. Talvolta, tuttavia, gli effetti collaterali possono dare esito a morbidità permanente e/o raramente essere letali. Dovrò pertanto essere sottoposto/a a controllo dell'emocromo e di altri parametri ematochimici, dovrò tempestivamente avvertire il mio medico di medicina generale e l'oncologo di riferimento circa l'insorgenza di eventuali disturbi e seguire scrupolosamente i suggerimenti che mi saranno indicati.

In aggiunta, mi è stato illustrato che la terapia antitumorale cui dovrò essere sottoposto/a potrebbe causare danno all'apparato riproduttivo, tale da determinare infertilità/sterilità, che in taluni casi potrebbe essere permanente e non risolversi con la fine del trattamento antitumorale o con l'utilizzo



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II
Dipartimento ad Attività Integrata di Medicina Clinica

Direttore: Prof. Paolo Rubba

Tel. 0817462300- Fax: 0815466152

U.O.C. Oncologia Medica

Primario: Prof. Sabino De Placido

Tel. 0817463660-Fax: 0812203147

di altri trattamenti. Mi è stato, inoltre, spiegato che i farmaci antitumorali sono in grado potenzialmente di causare danni, anche irreversibili, alle cellule germinali, all'embrione o al feto, aumentando il rischio malformazioni o aborti. Pertanto sarà necessario praticare almeno una contraccezione di barriera durante tutto il corso della terapia antitumorale e per alcuni mesi dopo il trattamento.

Infine, mi è stato spiegato il rischio connesso all'eventuale stravasato in corso di trattamento, di farmaci citotossici somministrati in vena periferica. Gli agenti stravasati possono causare due tipologie di reazioni cutanee locali: reazioni irritanti (flebite temporanea lungo la vena interessata dall'infusione) e vescicanti. Queste ultime possono lesionare anche gravemente la zona interessata dallo stravasato, fino a determinare ulcerazione e necrosi dei tessuti. Pertanto, sono altresì consapevole che nel caso osservi la fuoriuscita di farmaco dal sito di infusione o avverta un qualunque fastidio in corso di terapia dovrò tempestivamente avvertire il personale sanitario deputato alla somministrazione e/o sorveglianza del trattamento.

Firmando questo foglio confermo di essere stato informato/a esaustivamente ed adeguatamente, di aver compreso tutte le informazioni ricevute e di essere a conoscenza che potrò richiedere in qualunque momento l'interruzione del trattamento. Pertanto (barrare la casella opportuna):

AUTORIZZO il trattamento antitumorale proposto

NON AUTORIZZO il trattamento antitumorale proposto

Nome e cognome del/la paziente

Firma del paziente/genitore/tutore

Data

Nome e cognome del Medico

Firma del Medico

Data
