



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
BIOLOGICI ANTITUMORALI**

(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 con farmaci biologici antineoplastici sono rappresentati da: alterazioni dell'emocromo, 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, ungueali ed oculari, alterazioni elettrolitiche, reazioni allergiche, ipertensione arteriosa 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, qualora indicati, e 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.



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

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
