

FOGLIO INFORMATIVO, ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO PER IL / LA PAZIENTE

.....

IN PREPARAZIONE ALLA PROCEDURA TERAPEUTICA

Terapia con radioiodio (¹³¹I) del Carcinoma Differenziato della Tiroide

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

ETICHETTA PAZIENTE

Gentile paziente,

la terapia alla quale Le consigliamo di sottoporsi necessita di un Suo consenso, perché Lei possa, attraverso questo foglio informativo e il colloquio con il medico, esprimere la Sua decisione.

In particolare riceverà informazioni dettagliate su:

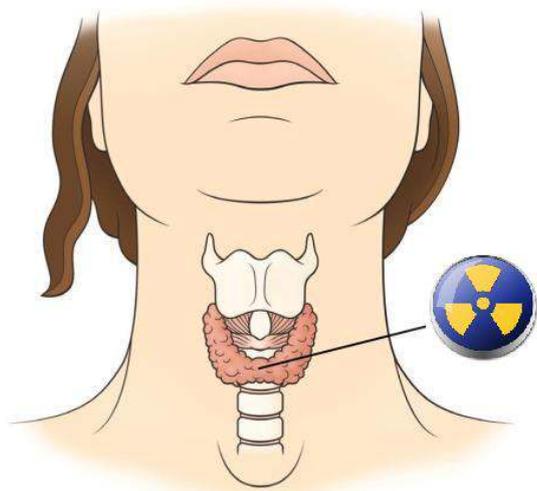
- la malattia di cui è affetto/a,*
- il tipo di terapia,*
- il significato,*
- gli esiti e le eventuali / possibili complicanze che la terapia, alla quale Le consigliamo di sottoporsi, può presentare.*

Le saremo grati se, prima del trattamento terapeutico, leggerà con attenzione quanto qui di seguito riportato e sottoporrà alla nostra attenzione ogni Sua domanda, dubbio o chiarimento che, se risolti, possano metterLa in grado di prendere una decisione informata, responsabile, serena e consapevole.

IL CARCINOMA DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE

Il tumore della tiroide costituisce al giorno d'oggi la più frequente neoplasia delle ghiandole, anche se molto rara qualora venga comparata con altri tumori più comuni (mammella, polmone, intestino, prostata). Anche se la diagnosi di carcinoma tiroideo può incutere timore, l'esito della malattia è in genere favorevole. Infatti, attualmente, la maggior parte dei tumori tiroidei viene diagnosticata precocemente grazie all'ecografia ed all'agoaspirato e pertanto l'intervento chirurgico è spesso radicale e definitivo.

IL TRATTAMENTO CON RADIOIODIO (¹³¹I)



Dopo l'intervento chirurgico molti pazienti necessitano di un trattamento con radioiodio allo scopo di distruggere tutto il tessuto tiroideo residuo che talora il chirurgo non riesce a portare via per preservare alcune strutture anatomiche importanti come le paratiroidi ed i nervi che controllano la fonazione. Il radioiodio consente anche di distruggere eventuali cellule tumorali ancora presenti nei piccoli residui della tiroide (questa procedura viene chiamata in termini tecnici ablazione) e di distruggere le cellule tumorali presenti in eventuali metastasi iodocaptanti.

Questo è il trattamento più indicato nella situazione clinica in cui Lei si trova in questo momento. L'efficacia della cura può risultare completa già dopo la prima somministrazione mentre in altri casi può essere necessario ripetere più volte il trattamento.

COME SI EFFETTUA?

Il radiofarmaco viene somministrato generalmente per bocca sotto forma di 1-2 capsule nel dosaggio definito dal medico specialista. Il radioiodio viene quindi elettivamente concentrato dalle cellule tiroidee che verranno distrutte dalle radiazioni.

Questa procedura **richiede un breve periodo di ricovero (3-5gg)** presso una stanza interrata "speciale" allo scopo evitare l'irradiazione di familiari e di amici e in particolare di bambini e donne in gravidanza.

LE POSSIBILI COMPLICANZE PRECOCI E TARDIVE

Le complicanze del trattamento sono rare. A volte può comparire nausea o vomito mentre in alcuni casi si può manifestare lieve senso di dolore al collo. Questi disturbi tendono a scomparire spontaneamente senza alcun tipo di cura o con l'ausilio di farmaci sintomatici. L'accumulo di radioiodio nelle ghiandole salivari può causare un'inflammatione con tumefazione, dolore e secchezza della bocca per ridotta produzione di saliva. Raramente può verificarsi riduzione della sensibilità gustativa che può persistere anche per qualche settimana. Questo sintomo può essere prevenuto tramite abbondante assunzione di liquidi.

Le complicanze più gravi, come l'induzione di una leucemia o la comparsa di un secondo tumore, sono rarissime e si presentano con maggiore frequenza dopo frequenti somministrazioni, molto ravvicinate tra loro e per dosi cumulative di radioiodio 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.

Anche il rischio di tipo genetico è molto basso e nelle donne in età fertile e negli uomini non è stata riportata una significativa riduzione della fertilità nemmeno dopo ripetuti trattamenti; l'insufficienza ovarica che può comparire dopo il trattamento è generalmente transitoria e riconducibile probabilmente più a cause ormonali che all'effetto dell'irradiazione.

La riduzione della fertilità maschile che può manifestarsi dopo il trattamento è generalmente reversibile.

CONTROINDICAZIONI

L'unica controindicazione assoluta è rappresentata da uno stato di gravidanza presente al momento del trattamento. Per questo motivo, nei giorni immediatamente precedenti la terapia con radioiodio le donne in età fertile debbono sempre eseguire un test di gravidanza, mentre in caso di allattamento al seno esso andrà sospeso almeno 8 settimane prima ed eventualmente ripreso 4 settimane dopo. E' inoltre consigliabile che i pazienti di entrambi i sessi lascino passare un intervallo di tempo tra il trattamento ed il concepimento non inferiore a 4 mesi.

A CURA DEL MEDICO PROPONENTE

SINTESI SITUAZIONE CLINICA

ATTO PROPOSTO

INFORMATIVA: [Terapia nei Pazienti con Carcinoma Tiroideo Differenziato](#)

IL SOTTOSCRITTO DOTT. / DOTT.SSA

DICHIARA

DI AVER FORNITO L'INFORMAZIONE SULL'ATTO SANITARIO PROPOSTO SECONDO LA PROCEDURA AZIENDALE DEL CONSENSO INFORMATO AL PAZIENTE SIGNOR / SIGNORA

LUOGO E DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE

A CURA DEL / DELLA PAZIENTE

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il / La sottoscritto / a
nato/a il

D I C H I A R A

1 – di aver ricevuto un’informazione comprensibile ed esauriente sull’atto sanitario proposto in merito alla patologia di cui sono affetto / a, alla tipologia e alla modalità di intervento propostomi, ai benefici attesi ed ai concreti limiti, ai possibili rischi, complicanze, esiti anche negativi, alla possibilità, pur molto rara, che, qualora si creassero condizioni di emergenza (rischio per la vita), si consenta al cambiamento dell’atto sanitario proposto in uno diverso per approccio e svolgimento

2 – di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell’intervento

3 – di barrare la scelta **ACCETTO** o **NON ACCETTO** liberamente, spontaneamente, in piena coscienza riguardo al mio consenso all’atto sanitario propostomi

4 – di non esprimere o poter esprimere le seguenti osservazioni
.....
.....

5 – di poter richiedere queste ulteriori spiegazioni / informazioni sull’atto sanitario propostomi
.....
.....

FIRMA del/della paziente.....

FIRMA e TIMBRO del medico.....

LUOGO, DATA.....

*Io sottoscritto/a..... dichiaro di voler
REVOCARE il consenso.*

Data, ora Firma

Per attestazione della veridicità di quanto riportato nelle nro 4 pagine che costituiscono parte integrante e non divisibile della presente documentazione di informazioni mediche e dichiarazione di consenso all’atto terapeutico a cui il paziente deve essere sottoposto

Firma del medico

Luogo e Data