

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

.....

IN PREPARAZIONE ALLA PROCEDURA TERAPEUTICA

### **Terapia con radioiodio (<sup>131</sup>I) dell'ipertiroidismo**

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.*

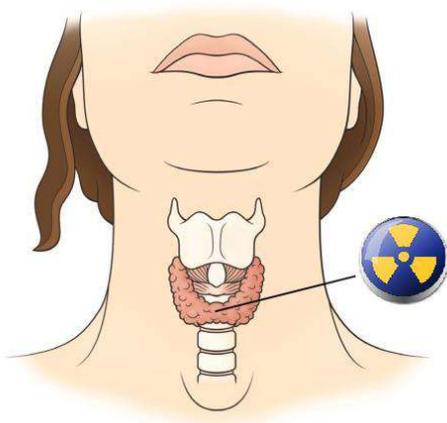
## CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA NORMALE

La tiroide è una ghiandola che si trova nella base del collo. Essa concentra lo iodio alimentare, un elemento naturale non radioattivo presente negli alimenti, e lo utilizza per produrre gli ormoni tiroidei (T3, T4). Questi ormoni sono fondamentali perché influenzano molti dei processi che avvengono nel nostro organismo come ad esempio l'attività nervosa, il metabolismo, la circolazione e la digestione. La tiroide normale produce questi ormoni nella giusta quantità, senza causare malattia.

## L'IPERTIROIDISMO

Nell'ipertiroidismo invece la ghiandola produce un eccesso di ormoni e questo può provocare vari sintomi come ad esempio nervosismo, insonnia, perdita di peso, diarrea, tachicardia, alterazioni mestruali, sterilità. Le cause di ipertiroidismo con o senza gozzo (ingrossamento cioè della ghiandola) sono numerose. Quelle più frequenti e che tra l'altro meglio beneficiano di un trattamento con lo iodio radioattivo (<sup>131</sup>I) sono il morbo di Basedow-Graves (o Gozzo Tossico Diffuso), l'adenoma di Plummer (o Gozzo Tossico Uninodulare) e il gozzo multinodulare tossico.

## LA TERAPIA CON RADIOIODIO DELL'IPERTIROIDISMO



La terapia con radioiodio rappresenta per Lei in questo momento la modalità di trattamento più adeguata per curare la sua forma di ipertiroidismo. Lo iodio radioattivo che Le sarà somministrato contenuto in una piccola capsula da assumere per bocca segue lo stesso destino dello iodio alimentare e quindi dopo essere stato ingerito verrà concentrato in gran parte dalle cellule tiroidee mentre la quota rimanente verrà eliminata con le urine in pochi giorni. Le radiazioni emesse dal radioiodio distruggeranno un numero variabile di cellule tiroidee e proprio in questo consiste il loro effetto terapeutico.

## ESITI

La piena e completa guarigione dall'ipertiroidismo si raggiunge usualmente in 2-3 mesi. In genere, già dopo la prima somministrazione, il radioiodio si dimostra efficace anche se a volte per normalizzare la funzione tiroidea è necessario somministrare due o tre dosi.

Poiché è molto difficile calcolare con esattezza la dose di radiazioni adeguata a distruggere la giusta quota di tessuto tiroideo, in alcuni casi il trattamento può comportare la riduzione di funzione di gran parte della ghiandola tiroidea con conseguente ipotiroidismo (insufficiente produzione di ormoni tiroidei). L'ipotiroidismo può insorgere dopo alcuni mesi ma anche dopo anni dal trattamento con radioiodio e comporta la necessità di dover assumere ormoni tiroidei ogni giorno e per tutta la vita.

## LE POSSIBILI COMPLICANZE PRECOCI E TARDIVE

In rari casi, dopo 1-2 settimane la terapia, con radioiodio può provocare un transitorio peggioramento dell'ipertiroidismo della durata di alcuni giorni e curabile con terapia farmacologica. Eccezionalmente dopo il trattamento la tiroide può gonfiarsi e provocare un modesto dolore per 3 o 4 giorni. Questi disturbi scompaiono spontaneamente, non comportano conseguenze, e possono essere attenuati con terapia antinfiammatoria.

Il radioiodio viene utilizzato fin dagli anni '50 per la terapia dell'ipertiroidismo e numerosi studi condotti per alcuni decenni su migliaia di casi hanno dimostrato l'assoluta sicurezza della terapia con radioiodio: la

maggior parte delle radiazioni emesse dal radioiodio colpirà le cellule tiroidee, tuttavia anche altri tessuti del Suo corpo saranno sottoposti ad un certa irradiazione, molto modesta, e che si è dimostrato non essere tale da aumentare il rischio per il paziente di avere altri tumori.

In donne curate con radioiodio non si è verificato durante la gravidanza aumento della probabilità di aborto o di malformazioni del nascituro.

In alcuni pazienti con esoftalmo si può osservare un peggioramento dell'oftalmopatia dopo trattamento con radioiodio. Una terapia corticosteroidica di copertura impedisce tale peggioramento e fa sì che la presenza di esoftalmo non costituisca una controindicazione al trattamento con radioiodio.

## **CONTROINDICAZIONI**

Il radioiodio non può essere somministrato a donne in gravidanza o durante l'allattamento (importante segnalare al medico tali situazioni!) ed è necessario per tutte le donne in età fertile esibire prima del trattamento un test di gravidanza negativo eseguito pochi giorni prima.

Dopo la somministrazione del radioiodio e prima di iniziare una gravidanza è preferibile far trascorrere un adeguato intervallo di tempo (4-6 mesi) in maniera da raggiungere anche un completo equilibrio ormonale tiroideo.

Nello iodio radioattivo è presente una quantità trascurabile di iodio e pertanto anche i pazienti allergici a tale sostanza possono assumerlo con sicurezza.

### ***A CURA DEL MEDICO PROPONENTE***

SINTESI SITUAZIONE CLINICA .....

.....

ATTO PROPOSTO .....

INFORMATIVA: [Terapia nei Pazienti Ipertiroidei](#)

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 .....

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO per il paziente minorenne**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art.li 46-47 DPR 28.12.2000, n. 445)**

Il sottoscritto ..... nato a ..... (.....)

il ..... codice fiscale ..... con residenza nel Comune  
di ..... via ..... nr .....,

La sottoscritta ..... nata a ..... (.....)

il ..... codice fiscale ..... con residenza nel Comune  
di ..... via ..... nr .....,

consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in  
atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità

**DICHIARANO**

1. di essere genitori del minore ..... nato a .....  
il ....., codice fiscale .....

2. di essere stati informati della disciplina in materia di espressione del consenso per i figli minorenni;

3. di esercitare la responsabilità genitoriale sul figlio minore sopra identificato;

4. di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto

.....  
attraverso l'informativa cartacea fornita e il colloquio con il dott. / la dott.ssa .....

in merito alla patologia di cui è affetto il proprio figlio, alla tipologia e alla modalità di intervento sanitario proposto,  
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

5. di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il consenso prestato in qualsiasi momento prima  
dell'intervento

6. di: (barrare la scelta)

**ACCETTARE**

**NON ACCETTARE**

liberamente, spontaneamente, in piena coscienza riguardo al consenso all'atto sanitario proposto

7. di esprimere le seguenti osservazioni

8. di:

non richiedere

di richiedere ulteriori spiegazioni / informazioni sull'atto sanitario proposto

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data .....

I dichiaranti (FIRMA per esteso e leggibile) .....

(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

La presente istanza è stata sottoscritta dagli interessati in presenza di :

FIRMA e TIMBRO del medico .....

Presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

Per l'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs 30.06.2003, 196) si rimanda  
all'apposito modulo aziendale

**LUOGO, DATA e ora** \_\_\_\_\_

I sottoscritti ..... dichiarano di voler  
**REVOCARE** il suddetto consenso.

Data, ora .....

Firma .....

Firma .....

**AUTOCERTIFICAZIONE PER I GENITORI**

Rev.1 30 gennaio 2018 Autocertificazione per i genitori ULSS 8 BERICA

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR 28.12.2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il ..... con residenza nel Comune di .....  
..... via ..... n .....  
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARO**

1. di essere genitore del minorenni .....  
nato a ..... il .....

2. di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età (norme del Codice Civile)

3. che il mio stato civile è il seguente:

coniugato/a      vedovo/a      separato/a      genitore convivente  
divorziato/a, in situazione di:  
    affidamento congiunto  
    genitore affidatario  
    genitore non affidatario

4. che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore **non** può firmare il consenso perché assente per:  
    lontananza  
    impedimento

5. che ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 *Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli*, art. 1 (Modifiche al Codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinanza amministrazione, il giudice ha stabilito:  
    che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

6. altro.....  
.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data ..... Il / la dichiarante (firma per esteso e leggibile) .....

(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000) La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato:

In presenza del dipendente addetto .....  
(Timbro ULSS) ..... (firma del dipendente addetto) .....

Qualora la firma non sia apposta in presenza del dipendente addetto si unisce copia non autenticata di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D. LGS. 30.06.2003, n. 196)  
I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'Azienda U.L.S.S. 8 BERICA titolare del trattamento.