

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:

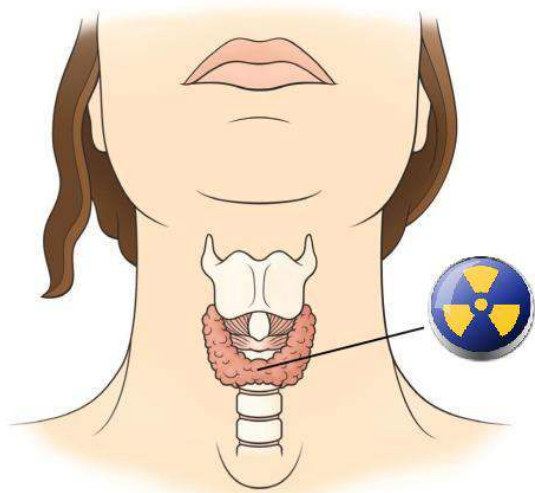
- la malattia di cui è affetto/a,*
- il tipo di terapia,*
- il significato,*
- gli esiti e le eventuali / possibili complicanze che la terapia, alla quale Le consigliamo di sottoporsi, può presentare.*

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 terapeutica **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

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.