



SOC Oncologia Radioterapica

+39.0434. 659525

+39.0434. 659485

rt.cro@cro.it

**DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO a TRATTAMENTO ONCOLOGICO
presso la SOC di Oncologia Radioterapica**

Dichiarazione del Medico che ottiene il Consenso Informato

Io sottoscritto/a Dr., Oncologo Radioterapista presso la SOC di Oncologia Radioterapica del CRO di Aviano, dichiaro di avere informato in data odierna il Sig/ la Sig.ra nato/a il sulla diagnosi della patologia oncologica da cui risulta affetto/a e qui di seguito riportata:

Dichiaro che le informazioni sono state fornite in maniera dettagliata e che sulla base della diagnosi ho proposto il seguente trattamento oncologico:

Aviano, _____ Firma _____

Dichiarazione del/della Paziente

Io sottoscritto/a.....nato/ail.....dichiaro che:

- Ho avuto in data odierna un colloquio con il Dr. il quale mi ha informato/a sulla patologia oncologica sopra riportata da cui risulta affetto/a. Le informazioni mi sono state fornite in maniera per me comprensibile e dettagliata e ho avuto la possibilità di porre domande per eventuali chiarimenti in merito alla malattia e al trattamento che mi è stato proposto e che è sopra descritto;
- Mi sono stati spiegati gli obiettivi del trattamento e le prevedibili conseguenze nella eventualità intendessi rifiutarlo; sono stato messo a conoscenza degli eventuali trattamenti alternativi a quello che mi è stato proposto;
- Sono stato informato/a della durata dei tempi di attesa per iniziare la terapia e della necessità eventuale di praticare un tatuaggio cutaneo e di confezionare un sistema di immobilizzazione per garantire la ripetibilità del trattamento;
- Sono stato informato/a che sarà necessario sottopormi a una TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) e/o RNM (Risonanza) e/o PET (Tomografia con traccianti) per l'elaborazione del piano di radioterapia;
- Sono consapevole che durante il trattamento possono rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure diagnostiche o terapeutiche addizionali o diverse da quelle che mi sono state illustrate e delle quali sarò preventivamente messo a conoscenza;
- Sono stato informato/a dei possibili effetti collaterali del trattamento, che si possono manifestare sia precocemente (durante il trattamento e fino a 3 mesi dal termine dello stesso) che tardivamente (anche a distanza di anni dal termine del trattamento) e sono consapevole che eventuali patologie concomitanti e/o altri trattamenti

farmacologici, chemioterapici o chirurgici indicati per la mia malattia, possono aumentare le probabilità di effetti collaterali;

- Sono stato informato/a della eventuale necessità di associare / far precedere / far seguire, al trattamento radiante un trattamento con farmaci chemioterapici, immunologici o biologici al fine migliorare l'indice terapeutico complessivo delle terapie erogate. Sono stato informato/a anche dei possibili effetti collaterali che queste terapie di associazione possono comportare;
- Se donna in età fertile, confermo di non essere in stato di gravidanza e di essere stata informata sull'importanza di evitare gravidanze durante trattamenti oncologici. Se maschio, confermo di essere stato informato sulla necessità di evitare rapporti che possano indurre gravidanza nella partner durante la durata delle terapie oncologiche;
- Se in età fertile, sono stato informato/a che il trattamento radiante, specie se erogato in regione pelvica, o l'associazione con farmaci antitumorali, può ridurre temporaneamente o definitivamente il mio stato di fertilità;
- Sono consapevole che potrò in ogni momento decidere di interrompere la terapia senza che ciò possa pregiudicare il rapporto con i medici stessi;
- Informerò tempestivamente i medici su eventuali altre cure volessi mettere in atto;
- Ho ricevuto una copia datata e firmata di questa Dichiarazione di Consenso Informato;

Note:

(barrare trasversalmente se non vi sono note da apporre)

Precisato quanto sopra dichiaro di accettare la terapia proposta

Data (deve essere inserita dal Paziente)

Firma del/ della Paziente

Data (deve essere inserita dai Genitori)

Firma del Genitore/Tutore Legale (in caso di minore)

Data (deve essere inserita dai Genitori)

Firma del Genitore (in caso di minore)

Qualora il/la Per Paziente non fosse in grado di leggere e/o scrivere o di fornire per iscritto il consenso informato – D.L. n. 211 del 24.06.03, art 2, comma 1, lett I

Data
(deve essere inserita dal Testimone imparziale 1)

Firma del Testimone imparziale 1

Data
(deve essere inserita dal Testimone imparziale 2)

Firma del Testimone imparziale 2

Revoca del Consenso

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

nato/a a: _____ in data: _____

dichiaro di voler revocare il consenso all'atto sanitario.

Firma/e _____

Timbro e firma del medico _____