



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 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.....dichiaro che

- Ho avuto in data odierna un colloquio con il Dr. il quale mi ha informato 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) per l'elaborazione del piano di radioterapia
- Sono consapevole che durante il trattamento possono rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure diagnostiche o terapeutiche aggiuntive o diverse da quelle che mi sono state illustrate e delle quali sarò preventivamente messo a conoscenza

- Sono stato informato 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 possono aumentare le probabilità di danno
- 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
- 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

Precisato quanto sopra dichiaro di accettare la terapia proposta

Note:

(barrare trasversalmente se non vi sono note da apporre)

Data (deve essere inserita dal Paziente)	Firma del/ della Paziente
--	------------------------------------

Data (deve essere inserita dal Genitore 1)	Firma del Genitore/Tutore Legale (in caso di minore)
--	---

Data (deve essere inserita dal Genitore 2)	Firma del Genitore/Tutore Legale (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
--	---