



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Dir. Gen. e Sede Amm.va: c/o "Villa Capitini" – Via Martiri 28 Marzo, 35- 06129 PERUGIA
Sede Legale: P.O. S. Maria della Misericordia in S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA
Partita IVA 02101050546 - Tel. 075 5781 - Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

S.C. Oncologia Medica

Direttore: Dott. Lucio Crinò

Informazioni per il paziente sul trattamento antitumorale standard

Gentile signore, gentile signora,
il suo medico, dott., nel contesto delle cure a Lei rivolte, le ha proposto di sottoporsi a trattamento antitumorale standard.

Il presente modulo ha lo scopo di informarla sulle caratteristiche del trattamento a cui verrà sottoposto. La preghiamo pertanto di leggerlo attentamente e di chiedere qualsiasi spiegazione, informazione o ulteriori dettagli che desidera sapere ai medici che la stanno curando.

Perché mi devo sottoporre a trattamento antitumorale standard?

Diagnosi: la malattia da cui sono affetto/a è.....

La **prognosi** correlata al mio stato di malattia (cioè la prevedibile evoluzione nel tempo della malattia), consiste in:

Il **piano generale di trattamento** (multidisciplinare) che coinvolge le diverse modalità (chirurgia, radioterapia, oncologia medica, altro), consiste in:

Il **piano specifico di trattamento medico** della mia malattia in fase (primaria, adiuvante, avanzata, ricaduta),consiste in:.....

In cosa consiste?

Lo **schema previsto** di terapia, si chiama
 e comprende i seguenti farmaci:

 che verranno somministrati per n° di cicli, ripetuti ogni giorni, per via
 endovenosa per la durata di
 per boccaper via intramuscolare

Tale schema potrebbe essere modificato in termini di dosi, numero di cicli, e via di somministrazione,
 in rapporto alla tolleranza e tossicità riscontrata.

La terapia in vena potrà eventualmente richiedere, per la sua somministrazione, il posizionamento di
 un accesso venoso centrale. Per questa eventuale procedura verrà chiesta una autorizzazione specifica
 al momento in cui fosse necessaria.

I farmaci antitumorali saranno somministrati alle dosi e con le modalità previste in letteratura medica e
 che verranno eseguiti i controlli clinici, gli atti preventivi e curativi necessari per ridurre al minimo gli
 effetti indesiderati della terapia.

Decorso post-trattamento antitumorale: sono stato informato/a circa gli esami e controlli periodici
 cui dovrò sottopormi nel corso della terapia per verificarne l'efficacia e l'eventuale tossicità

I **principali effetti indesiderati** legati a questo trattamento:

Effetti indesiderati	Raro (<10%)	Frequente (10-50%)	Molto freq. (>50%)
stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori muscolari, dolori articolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea/vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caduta dei capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calo dei globuli rossi e/o piastrine e possibili trasfusioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminuzione dei globuli bianchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rischio di infezioni febbrili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea transitoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiammazione delle mucose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacrimazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reazioni allergiche: difficoltà a respirare, senso di soffocamento, febbre, prurito, orticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formicolii o punture di spillo alle dita delle mani/piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eruzioni cutanee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazioni ungueali			
Irregolarità mestruali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interruzione (transitoria o permanente) delle mestruazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibile comparsa di sterilità in età fertile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vampate di calore			
Flebiti e dolore nel punto di iniezione dei farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazione della funzionalità renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazione della funzionalità epatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del ritmo cardiaco e/o funzionalità cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per maggiori dettagli sugli effetti indesiderati mi è stato messo a disposizione al foglio illustrativo di ciascun chemioterapico.

Cosa comporta?

Come prepararsi al trattamento:

Prescrizioni post-trattamento: sono stato messo/a a conoscenza della necessità di evitare gravidanze durante ed immediatamente dopo il trattamento (perché non è possibile escludere effetti pericolosi per il feto) e della necessità di comunicare ai medici di questa struttura oncologica eventuali gravidanze intraprese da me/ dalla mia partner.

Mi è stata data la disponibilità di un colloquio più approfondito in merito ai rischi/benefici del trattamento propostomi, ed eventuali rischi per il feto.

Followup:

Esistono alternative terapeutiche?

Alternative terapeutiche: sono stato informato/a circa le possibili alternative terapeutiche disponibili (benefici teorici e tossicità), esistenti per la mia situazione (stadio) di malattia e sulla possibilità di essere reclutato in studi clinici sperimentali, con i connessi vantaggi e potenziali svantaggi.

Rischi se rifiuto o ritardo la cura: sono stato informato della prevedibile evoluzione della mia malattia in assenza delle cure proposte.....

Sono stato informato/a che, nel caso di rifiuto al trattamento considerato ottimale propostomi dal medico, sarà valutato un trattamento antitumorale alternativo (se disponibile), e mi sarà sempre assicurata la continuità dell'assistenza e delle cure di tipo palliativo, con il massimo dell'impegno e professionalità da parte dei medici della struttura che mi ha preso in carico, o affidandomi a centri ad esse dedicate.

Il sottoscritto/a.....nato/a ail, dettagliatamente informato dal Dott. di essere affetto da..... e di necessitare di essere sottoposto/a a, dichiara di aver ricevuto il presente modulo informativo, che si impegna a leggere attentamente prima di fornire il consenso al trattamento.

Firma e timbro del medico
che ha informato il paziente

Firma del paziente
del rappresentante legale

Perugia.....