



CASA DI CURA PRIVATA ERNESTO MONTANARI

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI  
ESPRESIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO  
(TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA)**

M C 12/02 C

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo  
chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dott \_\_\_\_\_ che l'affezione riscontratami è un  
**TUMORE MALIGNO** della **MAMMELLA** per il quale è previsto l'intervento chirurgico (che verrà eseguito in  
**anestesia generale**) e che consisterà in una **QUADRANTECTOMIA** (ovvero nell'asportazione di un quadrante della  
mammella) o in una **MASTECTOMIA RADICALE** ( ovvero nella completa asportazione della mammella e parziale o  
totale asportazione dei muscoli pettorali) a seconda delle dimensioni del tumore e della diffusione della malattia.

Mi è stato anche spiegato che, in caso di linfonodi ascellari clinicamente palpabili o a giudizio del chirurgo, si dovrà  
anche eseguire la **LINFADENECTOMIA** (ovvero l'asportazione dei linfonodi ascellari). In caso di linfonodi non  
palpabili si potrà ricorrere alla biopsia del **LINFONODO SENTINELLA**, il quale, se reperito e risultato negativo per  
infiltrazione neoplastica all'esame istologico estemporaneo intraoperatorio, può evitare lo svuotamento dei linfonodi  
ascellari. Questa è una moderna tecnica che prevede la ricerca di un particolare linfonodo dell'ascella, mediante iniezione  
locale di un colorante vitale o con tecnica radioguidata, per mezzo dell'iniezione di una sostanza radioattiva.

Mi è stato chiaramente spiegato che in caso di intervento di mastectomia radicale (ovvero di asportazione della  
mammella coi muscoli pettorali), per ovviare alla assenza della mammella, si può procedere, nel corso dello stesso  
intervento o in un tempo successivo ed in assenza di controindicazioni, al posizionamento di un **ESPANSORE  
TEMPORANEO** ( che verrà sostituito a distanza di qualche mese con una protesi definitiva eseguendo un'altro piccolo  
intervento chirurgico) o di una **PROTESI SOTTOMUSCOLARE DEFINITIVA**.

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative  
come la radio- e chemio-terapia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato chiaramente spiegato che è  
possibile che a distanza di tempo il tumore si formi nuovamente.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può comportare complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e  
chirurgico. In caso di impiego del colorante vitale, questo può causare delle

- **reazioni allergiche** che possono essere prontamente trattate in sala operatoria dall'anestesista.
- la possibile, temporanea **colorazione bluastra** della cute della mammella e dell'areola, così  
come la transitoria colorazione blu delle urine, assolutamente prevedibile, passeggera e senza alcun significato  
patologico;

In caso di linfadenectomia, parziale o totale, sono possibili sequele o complicanze sono:

- **linfedema cronico** del braccio (ingrossamento del braccio per difficoltà scarico linfatico); **raccolta di siero o linfa  
(sieroma, linfocele)** nel cavo ascellare; **parestesie** o altri **disturbi neurotrofici** del braccio e/o della parete toracica (il  
più delle volte temporanei) e da possibili **lesioni di nervi** (ad es. nervo toracico lungo) con possibile sviluppo della  
cosiddetta "scapola alata".
- una complicanza possibile, anche se relativamente rara, della mastectomia è l'**emorragia postoperatoria**, che se  
non dominata con la compressione, può richiedere un reintervento.
- le possibili complicanze legate all'inserimento sottomuscolare di un espansore o di una protesi sono: la  
formazione di un **ematoma** o di un **sieroma**, l'**infezione**, la **rottura** e/o la **dislocazione del dispositivo  
impiantato** e la **rigidità** o **contrattura capsulare**. Se queste complicanze non si risolvono in maniera  
conservativa, può rendersi necessario un reintervento chirurgico, per la rimozione del dispositivo impiantato
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in  
soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o



**CONSENSO INFORMATO**  
UN DOVERE VERSO IL PAZIENTE  
UNA RESPONSABILITÀ CHE CI ASSUMIAMO VOLENTIERI

epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica.

- **ricidiva locale** della neoplasia, possibile con maggiore frequenza nella quadrantectomia.  
ma presente anche in caso di mastectomia, sulla cicatrice.

Altre complicanze o sequele potrebbero essere rappresentate da \_\_\_\_\_

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informata/o sulla frequenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che l'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o: \_\_\_\_\_

Sono stata/o inoltre informata/o che residueranno in ogni caso una o più cicatrici sia a livello ascellare che mammario.

Il chirurgo mi ha informato che dopo un intervento di quadrantectomia si esegue di routine la radioterapia sulla mammella residua e che il follow-up oncologico potrà indicare la necessità di ormonoterapia e/o chemioterapia, indipendentemente dal tipo di intervento eseguito.

Sono consapevole che in caso di difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche propostemi, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a portare a termine l'atto chirurgico nella migliore sicurezza

Ciò premesso, **Dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto, che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. **Dichiaro**, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da chiedere. Consapevolmente, quindi, **Acconsento**

**Non Acconsento**  al trattamento chirurgico propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.

**Acconsento**  **Non acconsento**  a sottopormi a linfadenectomia completa del cavo ascellare nel caso in cui vi siano linfonodi ascellari clinicamente palpabili o quando il "linfonodo sentinella", eventualmente ricercato, sia metastatico o non sia reperibile.

**Autorizzo**  **Non Autorizzo**  inoltre, i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie precedentemente non diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura, anche modificando il programma terapeutico propostomi e preventivamente concordato.

**Autorizzo**  **Non autorizzo**  l'utilizzo di tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi istopatologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

**Acconsento**  **Non acconsento**  che nel corso delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche in oggetto.vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy.

SITO INTERVENTO    LATO INTERVENTO

--	--

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico

Firma del/la Paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

