

CONSENSO INFORMATO

INTERVENTO DI MASTECTOMIA di RIDUZIONE RISCHIO ONCOLOGICO

Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico

Io sottoscritta _____

nata il _____

dichiaro di essere stata informata in modo a me chiaro e comprensibile

dal/la Prof/Dr _____

in merito al trattamento chirurgico di **MASTECTOMIA PROFILATTICA Destra / Sinistra / Bilaterale** in **anestesia generale**.

In merito all'indicazione all'intervento, dichiaro che essa è frutto della **mia libera scelta**, avvenuta in tempi e modi adeguati alle mie necessità, in considerazione delle seguenti premesse:

- accertato alto rischio personale di sviluppare un tumore alla mammella documentato da un test genetico positivo;
- discussione di tutte le opzioni alternative disponibili di riduzione del rischio (prevenzione primaria e secondaria, in particolare: controlli clinico-strumentali ravvicinati basati sull'utilizzo periodico della risonanza magnetica);
- discussione multidisciplinare del mio caso specifico, con approvazione da parte del team di specialisti dell'appropriatezza della mia opzione per la mastectomia, come attestato dal documento in cartella clinica;
- sostegno psicologico durante la fase decisionale trattandosi di una procedura irreversibile.

INFORMAZIONI GENERALI - Dichiaro, in merito all'intervento propostomi, che mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici e limiti, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto che comunque residueranno una o più cicatrici. In particolare sono consapevole del fatto che:

- questo intervento riduce in modo importante il rischio di tumore al seno (90-95%) senza **tuttavia azzerarlo**;
- nel caso di tecnica di mastectomia che risparmia il complesso areola-capezzolo si verificherà la **perdita di sensibilità dell'areola e del capezzolo** e della capacità erettile dello stesso (solitamente permanente);
- non è sempre possibile risparmiare il complesso areola capezzolo: dipende dalle dimensioni e forma della mammella, dalla mia età, dal tabagismo ed eventuali patologie associate;
- l'immagine corporea sarà differente e comporterà un adattamento psico-fisico indipendentemente dalla bontà del risultato cosmetico;
- il risultato cosmetico della ricostruzione non è lontanamente paragonabile a una procedura di chirurgia estetica e può variare da eccellente a insoddisfacente. Frequentemente per raggiungere un risultato estetico ottimale possono essere necessarie una o più procedure chirurgiche successive (lipofilling, sostituzione di espansori o protesi, altro).

Sono stata informata che questo intervento può essere gravato da **COMPLICANZE** che includono:

- **Emorragia** (sanguinamento): quando si verifica nel periodo postoperatorio può richiedere un reintervento per arrestarla.



- **Ematoma** (accumulo di sangue), che può richiedere un drenaggio con aspirazione o un secondo intervento chirurgico per evacuazione dell'ematoma e revisione dell'emostasi.
- **Infezione della ferita**: curata con antibiotici e medicazioni più frequenti;
- **Infezione profonda dell'espansore/protesi** che richiede la rimozione della stessa e la ricostruzione mammaria in un secondo tempo chirurgico successivo alla guarigione.
- **Linforrea** che può ritardare la rimozione del drenaggio e che, dopo la rimozione dello stesso, può portare alla formazione di un **sieroma** (accumulo di liquido), con necessità di ripetute punture evacuative e possibilità di infezione.
- **Cicatrizzazioni esuberanti o cheloidi**, che possono alterare gli esiti estetici e richiedere ulteriore chirurgia correttiva.
- Nel caso di mastectomia che risparmia la cute e/o il complesso areola-capezzolo si può verificare **ischemia cutanea** con **necrosi parziale o totale** dei lembi cutanei e/o del complesso areola-capezzolo che può richiedere un intervento chirurgico di asportazione del tessuto necrotico (e possibile perdita dell'areola-capezzolo), nonché possibile perdita della protesi sottostante per esposizione/infezione.

Tutte le complicanze elencate si verificano con frequenza variabile, in funzione delle caratteristiche del soggetto operato e dell'esperienza del Centro; tuttavia in nessuna casistica le complicanze sono pari a zero. In Letteratura la percentuale di complicanze di rilievo è compresa tra il 10 e il 20%, dipendente anche da molti fattori individuali.

Mi sono state chiarite anche le limitazioni legate al **DECORSO POSTOPERATORIO**.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate, nel mio caso specifico, da:

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un grave danno alla mia persona, o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettatomi.

Ciò premesso, **dichiaro** di essere stata invitata a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto corrispondente, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce.

Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente (selezionare per ogni voce):

- **Acconsento / Non acconsento** a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà attuato dall'Equipe di Chirurgia Senologica e Oncoplastica/Plastica di questa Unità Operativa secondo le modalità concordate.
- **Autorizzo / Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica ed eventualmente per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico in ambito senologico.
- **Acconsento / Non acconsento** a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il

miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto del D.Lgs. 196/03 Codice Privacy.

Data _____

Firma della paziente¹

Firma del medico

Firma del tutore o rappresentante legale

(1) O del tutore o rappresentante legale se questa è incapace di intendere e volere.