



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI



REGIONE
LAZIO

DAY HOSPITAL ONCOLOGICO
Tel. 06.5648-2365.2366 - Fax 06.5648-2364

Cognome e Nome:

Appuntamento per il giorno:/...../..... alle ore

Portere i seguenti esami:

- Emocromo con formula
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Transaminasi
- Elettroliti
- Ecg
-
-
-
-
-

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.

Data

Firma



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 3

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI



REGIONE
LAZIO

DAY HOSPITAL ONCOLOGICO
Tel. 06.5648-2365.2366 - Fax 06.5648-2364

Paz. aa

ANAMNESI

Familiarità oncologica:

Anam. Fisiologica ed abitudini di vita:

Patologie remote, concomitanti e terapie farmacologiche in atto:

Patologia prossima:

Staging di malattia:

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data

DAY HOSPITAL ONCOLOGICO
Tel. 06.5648-2365.2366 - Fax 06.5648-2364

CONSENSO INFORMATO

La chemioterapia antitumorale è una modalità di trattamento medico che viene praticata utilizzando farmaci il cui scopo è quello di distruggere le cellule tumorali o di limitarne la crescita. Questo trattamento non è uguale per tutti e viene scelto principalmente in base al tipo di malattia neoplastica, alle condizioni cliniche e all'età dell'assistito; anche i dosaggi dei farmaci, la frequenza della loro somministrazione, l'intervallo di riposo tra una somministrazione e la successiva sono diversi in ogni assistito. La durata del trattamento dipende dalla risposta della malattia e dall'azione dei farmaci antitumorali. Possono verificarsi effetti collaterali derivanti dalla somministrazione di farmaci antitumorali, in particolare: caduta dei capelli, nausea, vomito, diarrea, tossicità cardiaca, neurologia, midollare, renale, epatica, complicanze nella sfera sessuale, infiammazione nei tessuti della zona di infusione, reazioni anafilattiche, malformazioni genetiche al feto (effetti di tali terapie su eventuale gravidanza).

Il sottoscritto Sig./Sig.ra

Dichiaro di essere stato informato dal dott./Dott.ssa

In modo esplicito, esauriente e con termini a me comprensibili della mia attuale situazione clinica e di averla interamente compresa, anche a riguardo dei programmi terapeutici, ai vantaggi ed agli effetti collaterali della chemioterapia. Dichiaro inoltre di essere stato informato su possibili interventi terapeutici necessari a controllare il manifestarsi di complicanze legate al trattamento: infatti la chemioterapia antitumorale non è talvolta esente da complicanze anche se effettuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali evenienze, quasi mai prevedibili, se pur assai raramente possono essere fatali. Dichiaro inoltre, di essere consapevole che ogni eventuale mia successiva richiesta di informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e sulle eventuali alternative diagnostiche - terapeutiche dovrà essere soddisfatta da parte dei sanitari. Dichiaro di essere consapevole che, in conformità all'art. 12 del Codice di Deontologia Medica, nel mio esclusivo interesse e ai fini di ottenere il massimo beneficio per la mia salute, potranno essermi prescritti farmaci per indicazioni non previste dalla scheda tecnica e non ancora autorizzate al commercio purché la loro efficacia e la loro tollerabilità siano scientificamente documentate. Sono altresì consapevole della possibilità di ritirare il consenso alla terapia in qualsiasi momento io lo desidero.

Il presente documento è parte integrante della cartella clinica.

Data di informazione Roma

Sig./Sig.ra

<p>ATTENZIONE L'AZIENDA È FUORI DA OGNI RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE DA VOI CORRETTE. Visto: Si autorizza la stampa.</p> <p>Data</p> <p>Firma</p>

DAY HOSPITAL ONCOLOGICO
 Tel. 06.5648-2365.2366 - Fax 06.5648-2364

Io sottoscritto/a nato/a
 il / / dichiaro di essere stato informato/a in modo dettagliato, chiaro ed esauriente dal
 prof./dr. di essere affetto/a da metastasi ossee di

Sono stato quindi informato che in considerazione della presenza di localizzazioni ossee della malattia si ritiene indicato un trattamento con bifosfonati.

Il trattamento proposto prevede l'uso del seguente farmaco somministrato attraverso la via indicata:

✓ **ZOMETA 4 mg endovena ogni tre/quattro settimane**

Il trattamento ha lo scopo principale di:

- ✓ ridurre il rischio di fratture ossee patologiche;
- ✓ allieviare la sintomatologia dolorosa;

ATTENZIONE L'AZIENDA È FUORI DA OGNI RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE DA VOI CORRETTE. Visto: Si autorizza la stampa. Data Firma

In relazione alla individuale ed imprevedibile sensibilità ai farmaci dei singoli pazienti e della individuale tolleranza, tali obiettivi, tuttavia, non sono sempre raggiunti o non sono raggiunti nella loro globalità.

Il trattamento proposto può comportare i seguenti effetti collaterali:

<i>Effetto collaterale</i>	<i>Sporadico</i>	<i>Raro</i>	<i>Frequente</i>	<i>Molto frequente</i>
Febbre				X
Accentuazione della sintomatologia dolorosa ossea			X	
Osteonecrosi mascellare e/o mandibolare		X		

Mi è stato spiegato che gli effetti collaterali non sono costanti e la maggior parte dei fenomeni, con l'esclusione dell'osteonecrosi, sono reversibili, curabili e, in parte, prevenibili. Sono stato informato che il rischio di osteonecrosi mascellare e/o mandibolare è aumentato dalla presenza di malattie odontoiatriche e da manovre terapeutiche odontoiatriche invasive. Pertanto mi impegno ad astenermi, durante la terapia con bifosfonati, da procedure odontoiatriche e ad informare dettagliatamente i curanti dell'eventuale necessità di sottopormi a tali trattamenti.

Sulla base di quanto sopra comunicatomi a voce e per iscritto, in piena libertà di giudizio <p style="text-align: center;">ACCETTO</p> il trattamento proposto, riservandomi la possibilità in qualunque momento successivo di modificare tale decisione con dichiarazione formale e motivata. In fede Roma, / /		Il paziente <i>(scrivere di proprio pugno, accanto alla firma: "letto e approvato")</i>
--	--	---

DAY HOSPITAL ONCOLOGICO
Tel. 06.5648-2365.2366 - Fax 06.5648-2364

Io sottoscritto
acconsento di essere sottoposto al programma di cura allegato in cartella

Roma Firma

Avendo acconsentito a sottopormi alla terapia proposta dal consenso altresì ai sensi della Legge 31.12.96 n. 675 e successive integrazioni e modifiche D.L.G. n. 196 del 30.6.2003, che sia data comunicazione in ordine al mio personale stato di salute alle persone sottoindicate:

Al proprio medico curante SI NO

Al sig.

Al sig.

Firma Data

Consapevole che la mancata sottoscrizione della presente dichiarazione comporta conseguentemente il rifiuto della terapia proposta e consapevole delle conseguenze che può avere

Rifiuto la proposta

Firma Data

Il Medico Responsabile

.....

<p>ATTENZIONE L'AZIENDA È FUORI DA OGNI RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE DA VOI CORRETTE. Visto: Si autorizza la stampa. Data Firma</p>
--



DAY HOSPITAL ONCOLOGICO
Tel. 06.5648-2365.2366 - Fax 06.5648-2364

Paz. aa

ANAMNESI

Familiarità oncologica:

Anam. Fisiologica ed abitudini di vita:

Patologie remote, concomitanti e terapie farmacologiche in atto:

Patologia prossima:

Staging di malattia:

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data
Firma

