



## CONSENSO INFORMATO

# Quadrantectomia mammaria

La Quadrantectomia mammaria è una tecnica chirurgica che prevede la asportazione limitata di ghiandola mammaria per le pazienti affette da neoplasia mammaria.

L'obiettivo della Quadrantectomia mammaria è di migliorare la qualità della vita delle donne evitando una mutilazione estetica del seno e riducendo così l'impatto psicologico negativo, senza aumentare il rischio di recidiva locale:

Questa tecnica trova primaria indicazione nelle pazienti con mammelle di qualunque dimensione affette da:

- carcinomi in situ, suscettibili di chirurgia mammaria conservativa
- neoplasie fino a 2 cm, che consentano un trattamento chirurgico conservativo per rapporto dimensioni del seno/dimensioni del tumore
- neoplasie fino a 2 cm, bifocali, purchè incluse nello stesso quadrante.

Una incisione ascellare consentirà l'esecuzione della biopsia del linfonodo sentinella, indicata solo in assenza di adenopatie clinicamente sospette: l'eventuale positività per malattia tumorale all'esame istologico intraoperatorio o definitivo comporta la dissezione linfonodale ascellare, ossia la asportazione di tutti i linfonodi ascellari.

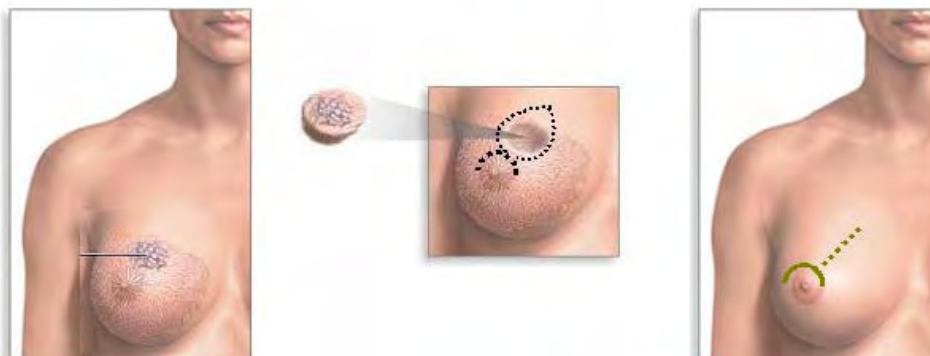
Per quanto riguarda l'intervento chirurgico e le possibili complicanze ho avuto informazioni complete inerenti:

- la tecnica dell'intervento;
- l'anestesia generale (narcosi);
- il decorso postoperatorio (che potrebbe comportare un certo disagio, nei primi giorni, dovuto alla dolenzia, alla tensione tessutale e alla possibilità di un rialzo termico);
- la terapia farmacologica (antibiotici, antinfiammatori, analgesici, e quei farmaci che, a seconda dei casi, si rendano necessari);
- le complicanze specifiche: sierosità prolungata nelle settimane seguenti l'intervento in circa il 10%; traumatismi delle fibre nervose con parestesie (disturbi della sensibilità della regione toracica (transitori) e della superficie interna del braccio, presenti quasi sempre nel post operatorio e comunque della durata di pochi mesi nella maggior parte delle pazienti, raramente della durata di anni); ematomi (accumulo localizzato di liquido ematico 3-5%); più raramente, a seguito della linfadenectomia ascellare, una predisposizione al linfedema, ovvero la stasi linfatica a carico dell'arto superiore omolaterale all'intervento, nonché una lesione del nervo toracico lungo che determina la scapola alata, o una paralisi transitoria del plesso brachiale;
- la dislocazione del complesso areola-capezzolo frequente per minimi spostamenti rara per gravi dislocazioni;
- la possibile infezione della ferita chirurgica (2.8%-15%);
- la difficoltà di guarigione della ferita, più frequente in presenza di fattori di rischio quali l'attitudine al tabagismo, diabete (il rischio in questi soggetti può arrivare al 50%);
- la qualità delle cicatrici chirurgiche (che può variare molto da una persona all'altra e che non è in nessun modo prevedibile);
- la necessità di dover apporre al termine dell'intervento uno o più drenaggi che possono essere lasciati in sede per un periodo variabile da caso a caso e che possono, una volta rimosso/i, causare un esito cicatriziale, solitamente di modesta entità;
- recidiva locale (nel 6-8% secondo la letteratura, e con un rischio che aumenta dell'1% annualmente).
- .....

La sottoscritta è stata inoltre informata in modo chiaro e comprensibile circa tutti i rischi generici e specifici, anche se marginali, riguardanti sia la preparazione che l'esecuzione dell'intervento chirurgico, in quanto la legge prescrive che il paziente sia edotto preventivamente che ogni intervento chirurgico può comportare morte, embolia, cecità, lesioni nervose (paralisi, paresi, parestesie), infezioni locali e generalizzate, emorragie che nell'immediato post-operatorio possono comportare un reintervento per una revisione dell'emostasi (3% dei casi). Consegnato il.....

PAZIENTE .....

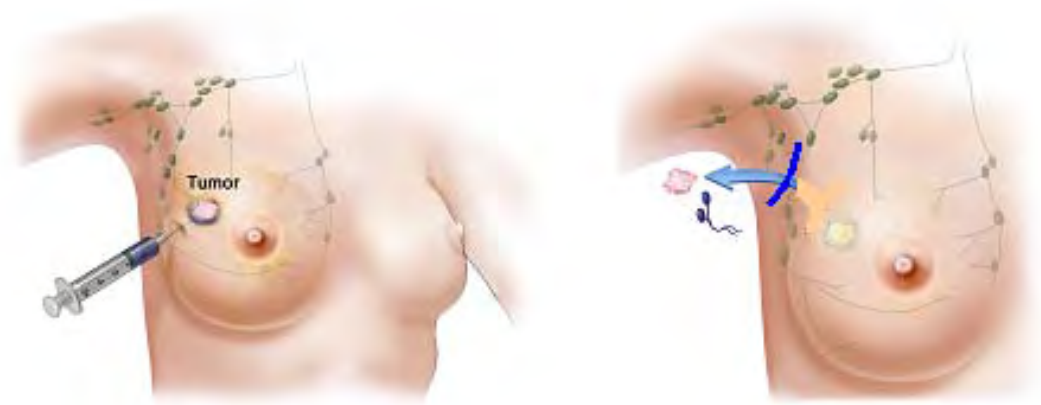
MEDICO Dott. ....



La sottoscritta.....nata il .....  
 residente a ..... Via .....  
 in possesso della facoltà di intendere e di volere, edotta ed informata in modo chiaro e corretto, chiede di essere sottoposta ad  
 intervento chirurgico di:

**quadrantectomia mammaria** \_\_\_\_\_  
**biopsia del linfonodo sentinella**  
**dissezione linfonodale ascellare**

destra                     sinistra  
 destra                     sinistra        con eventuale  
 destra                     sinistra



L'intervento e le sue possibili conseguenze, anche indipendenti dalla buona esecuzione, mi è stato descritto nei minimi particolari dal Dott....., anche grazie all'ausilio dei disegni presenti in questo documento, e sono consapevole del fatto che in seguito a tale intervento resterà una cicatrice chirurgica in regione mammaria e nel punto di fuoriuscita del drenaggio/i.

Sono consapevole che il chirurgo non può garantirmi né promettermi di raggiungere alcun particolare risultato, ma di operare in modo corretto, sia dal punto di vista tecnico che scientifico, secondo perizia, prudenza e diligenza.

Acconsento ad essere cine-fotografata prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

La sottoscritta ....., acquisite le informazioni di cui all'art.13 della legge 675/96, per quanto riguarda il trattamento dei propri dati personali,  
 acconsente  
 nega il consenso  
 per la comunicazione a fini di archiviazione, conservazione e trattamento della documentazione sanitaria.

Le persone da me designate a ricevere notizie concernenti il mio stato di salute tramite il medico di reparto e/o responsabile sono le seguenti:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Ritirato il.....

PAZIENTE .....  
 MEDICO Dott. ....