

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____ **data di nascita** _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	Lei è stato/a sottoposto/a ad un intervento per un tumore dell'encefalo
Trattamento proposto:	IRRADIAZIONE ENCEFALO POST OPERATORIO
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>In base ai fattori di rischio legati al suo tumore lei dovrà essere sottoposto ad un trattamento Radioterapico a titolo adiuvante per ridurre il rischio di recidiva locale. Nel caso non volesse eseguire tale trattamento il rischio di recidiva locale è decisamente aumentato.</p> <p>Prima di iniziare il trattamento RT ci sarà una fase di preparazione:</p> <ol style="list-style-type: none">1) verrà stabilita la posizione che assumerà durante il trattamento mediante il confezionamento di una maschera2) verrà acquisita una TC con o senza mezzo di contrasto sulle cui immagini andremo a delimitare organi a rischio e bersaglio da irradiare3) verrà studiato il piano di cura da parte del Fisico della Fisica Sanitaria4) una volta elaborato il piano di cura dovremo verificare, attraverso una nuova TC, che il piano di cura sia riproducibile su di lei. In seguito a questa verifica se il trattamento risulta riproducibile si potrà iniziare il trattamento stesso. <p>In corso di trattamento verranno scadenziare delle visite di controllo che verranno effettuate dal personale infermieristico e medico ogni 5 sedute.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Lo scopo di questo trattamento è di ridurre il rischio di recidiva, le probabilità di successo sono direttamente correlate alla radicalità dell'intervento chirurgico a cui lei è stato/a sottoposto/a
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Il trattamento Radioterapico non migliorerà la sua condizione attuale in quanto agli esiti conseguenti all'intervento chirurgico si sovrapporranno gli effetti collaterali acuti e tardivi conseguenti al trattamento Radioterapico.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Recidiva della neoplasia cerebrale con conseguenti deficit neurologici
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>In caso di trattamento RT per esiti di intervento per tumore cerebrale gli effetti collaterali saranno i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">• precoci: insorgono durante il trattamento e sono transitori, cioè in genere reversibili entro un periodo di circa tre mesi;• tardivi: possono insorgere dopo il trattamento anche a distanza di anni e sono in genere permanenti. <p>Effetti collaterali probabili</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • precoci: eritema cutaneo (arrossamento della pelle); alopecia temporanea (perdita dei capelli); nausea e vomito (in relazione all'edema legato al volume di trattamento); epidermiolisi su aree limitate • tardivi: alopecia (perdita dei capelli) permanente nelle zone irradiate; distrofia cutanea; fibrosi e discromie dell'apparato tegumentario (indurimento e retrazione della pelle e alterazione del suo colore); teleangectasie (comparsa di piccoli vasi sanguigni superficiali) nella zona irradiata <p>Effetti collaterali improbabili (< 5 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> • precoci ritardati: compaiono entro 6 mesi dal termine della radioterapia: <ul style="list-style-type: none"> 3 % demielinizzazione della sostanza bianca, con quadro possibile di demenza 3 % radionecrosi 3 % danno neurologico specifico sede dipendente • tardivi: possono insorgere anche a distanza di anni dal trattamento <ul style="list-style-type: none"> 3 % di radionecrosi 3 % di danno neurologico legato alla sede 2 % deficit della memoria recente 3% ipopituitarismo
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Non esistono alternative terapeutiche
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Lei verrà preso in cura da tutta l'equipe medica, infermieristica e tecnica della Radioterapia

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
