

## Consenso informato chirurgico per i pazienti in terapia con bifosfonati

Io sottoscritto Sig./ra.....

Dichiaro che in seguito alla mia patologia di base

- neoplasia  mammaria
  - prostatica
  - polmonare
  - renale
  - tiroidea
  - mieloma multiplo
  - linfoma
  - altro

osteopenia/osteoporosi

sono  sono stato in terapia con:

- pamidronato (Aredia)  zoledronato (Zometa)  neridronato (Nerixia..)
- clodronato ( Difosfonal, Clody, Clasteon, Ossiten...)
- alendronato (Dronal, Fosamax, Fosavance, Adronat....)
- residronato (Actonel..)
- ibandronato (Bonviva, Bondronat...)

dal..... al.....

assunto  ho assunto cortisonici Tipo..... dal.....al.....

Essendo attualmente affetto da.....c  
dovendo per questo subire intervento chirurgico di.....sono  
stato reso edotto in modo esauriente dei rischi aggiuntivi di complicanze post-operatorie quali:

- OSTEONECROSI OSSEA NELLA REGIONE D'INTERVENTO
- ALGIE A CARICO DELLA ZONA TRATTATA
- FETOR ORALIS
- RISCHIO DI FRATTURA PATOLOGICA DELL'OSSO
- ESTENSIONE DELL'AREA DI NECROSI OSSEA
- PROLUNGAMENTO DELLE TERAPIE MEDICHE
- ASCESSUALIZZAZIONE E DRENAGGIO DI MATERIALE PURULENTO
- FISTOLIZZAZIONE CUTANEA
- SEPSI
- MEDIASTINITE

Dichiaro di essere stato informato verbalmente, di aver letto e compreso quanto sopra riportato, di essere stato edotto delle alternative terapeutiche in modo esauriente.

Dichiaro nel pieno delle mie facoltà di essere concorde a sottopormi all'intervento chirurgico propostomi.

Data.....

Firma del medico.....

Firma del paziente.....