

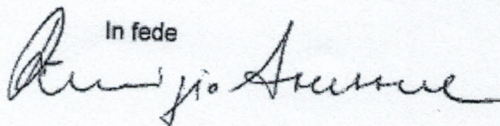
Io sottoscritto Samsone Remigio nato a NOVI VELIA (SA)

il 09.09.1942

completamente informato dei contenuti e degli intenti, approvo la pubblicazione del manoscritto riguardante
la descrizione del mio caso:

a condizione che nessun dato (clinico, strumentale, ematobiochimico, biologico) riconduca alla mia identità.

Napoli, 31.03.2012

In fede


MODULO DI CONSENSO INFORMATO SCRITTO

Cognome e Nome del/della paziente: SAMSONE RETTIGIO
Data e luogo di nascita: 09.09.1942 - NOVI VELLIA (SA)
Cartella Clinica:

Il Dr. OTTAIANO mi ha spiegato che per la malattia di cui sono affetto/a
CA COLORETTALE è
opportuno che venga sottoposto/a al trattamento con: **Capecitabina, Oxaliplatino, Bevacizumab.**

Sono stato/a informato/a riguardo i benefici che ne potrei trarre e che i rischi consistono in
tossicità ematologia con leucopenia, piastrinopenia, anemia, tossicità neurologica reversibile ed
irreversibile (riduzione/perdita della sensibilità, dolore neuropatico, riduzione del visus e
dell'udito, parestesie/disestesie periferiche ed orofaringee), alopecia, nausea/vomito, mucositi,
diarrea, sindrome mano/piede di varia entità, tossicità renale, tossicità epatica, tossicità cardiaca
(ischemia cardiaca, aritmie), coagulopatia (emorragie/trombosi), scompenso della pressione
arteriosa, allergie, shock anafilattico, eventi avversi gravi imprevedibili. Tutte le tossicità riportate
possono presentarsi in vario grado, da lievi fino a compromettere la vita.

Ho compreso ciò di cui ho discusso con il medico e letto ciò che è scritto su questo modulo.
Ho avuto l'opportunità di porre domande, di avere spiegazioni e di riflettere. Relativamente alla
mia condizione, ho avuto tempo sufficiente per decidere.

PERTANTO ACCONSENTO/NON ACCONSENTO ad effettuare la terapia sopraindicata.

Paziente (o suo rappresentante legalmente riconosciuto)		
Nome e Cognome <u>RETTIGIO SAMSONE</u>	Firma <u>[Signature]</u>	Data <u>17-4-2012</u>
Medico		
<u>[Signature]</u> Dott. ALESSANDRO OTTAIANO MEDICO-CHIRURGO SPECIALISTA IN ONCOLOGIA NA 029223		<u>12-4-2012</u>
Testimone imparziale (richiesto solo se il paziente o il suo rappresentante legalmente riconosciuto non sono in grado di leggere-DM N°162 del 15.7.97 art 4.8.9)		



MODULO DI CONSENSO INFORMATO SCRITTO

Cognome e Nome del/della paziente: SAMSONE REXIPIO
Data e luogo di nascita: 09.09.1942 - NOVI VELIA (SA)
Cartella Clinica:

Il Dr. OTTAIANO mi ha spiegato che per la malattia di cui sono affetto/a. CA COLORETTALE

Fluorouracile + Irinotecan + Panitumumab

Sono stato/a informato/a riguardo i benefici che ne potrei trarre e che i rischi consistono in
tossicità ematologia con leucopenia, piastrinopenia, anemia, nausea/vomito, astenia, alopecia,
mucositi, tossicità cardiaca (disturbi di conduzione di varia entità, insufficienza cardiaca), sindromi
vagali, diarrea, sindrome mano/piede di varia entità, tossicità cutanea con particolare espressività
clinica al viso (eritemi, papule, papulo-pustole), tossicità renale, tossicità epatica, allergie, shock
anafilattico, eventi avversi gravi imprevedibili. Tutte le tossicità menzionate possono essere di
vario grado, da lievi a severe fino a compromettere la vita.

Ho compreso ciò di cui ho discusso con il medico e letto ciò che è scritto su questo modulo.
Ho avuto l'opportunità di porre domande, di avere spiegazioni e di riflettere. Relativamente alla
mia condizione, ho avuto tempo sufficiente per decidere.

PERTANTO ACCONSENTO/NON ACCONSENTO ad effettuare la terapia sopraindicata.

Paziente (o suo rappresentante legalmente riconosciuto)

Nome e Cognome

Firma

Data

REXIPIO SAMSONE

Rexipio Samson

20-10-2014

Medico

[Firma]

Dott. ALESSANDRO OTTAIANO
MEDICO-CHIRURGO
SPECIALISTA IN ONCOLOGIA
NA 029223

20-10-2014

Testimone imparziale (richiesto solo se il paziente o il suo rappresentante legalmente riconosciuto non sono in grado di leggere-DM N°162 del 15.7.97 art 4.8.9)

MODULO DI CONSENSO INFORMATO SCRITTO

Cognome e Nome del/della paziente: SAMSONE RENE GIO

Data e luogo di nascita: 09.09.1942 - NOVI VELIA (SA)

Cartella Clinica:

Il Dr. OTTAIANO mi ha spiegato che per la malattia di cui sono affetto/a
CA COLORETTALE è

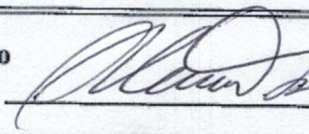
opportuno che venga sottoposto/a al trattamento con: **FOLFOX6**

Sono stato/a informato/a riguardo i benefici che ne potrei trarre e che i rischi consistono in
tossicità ematologia con leucopenia, piastrinopenia, anemia, tossicità neurologica reversibile ed
irreversibile (riduzione della sensibilità, dolore neuropatico, riduzione del visus e dell'udito,
parestesie/disestesie periferiche ed orofaringee), alopecia, nausea/vomito, mucositi, diarrea,
tossicità cutanea, tossicità renale, tossicità epatica, tossicità cardiaca, allergie, shock anafilattico,
eventi avversi gravi imprevedibili. Tutte le tossicità sopra riportate possono essere da lievi fino a
compromettere la vita.

Ho compreso ciò di cui ho discusso con il medico e letto ciò che è scritto su questo modulo.

Ho avuto l'opportunità di porre domande, di avere spiegazioni e di riflettere. Relativamente alla
mia condizione, ho avuto tempo sufficiente per decidere.

PERTANTO ACCONSENTO/NON ACCONSENTO ad effettuare la terapia sopraindicata.

Paziente (o suo rappresentante legalmente riconosciuto)		
Nome e Cognome <u>RENE GIO SAMSONE</u>	Firma <u>Rene Gio Samson</u>	Data <u>17-08-2009</u>
Medico		
 Dott. ALESSANDRO OTTAIANO MEDICO-CHIRURGO SPECIALISTA IN ONCOLOGIA NA 029223		<u>17-8-2009</u>
Testimone imparziale (richiesto solo se il paziente o il suo rappresentante legalmente riconosciuto non sono in grado di leggere-DM N°162 del 15.7.97 art 4.8.9) _____		