

Gentile Paziente,

Le è stata proposta una procedura medica diagnostico/terapeutica per la quale è richiesto il Suo consenso informato.

La presente nota contiene informazioni sulla natura e lo scopo del trattamento sanitario indicato, i benefici potenzialmente attesi e i possibili rischi, le possibili alternative, loro vantaggi e rischi, nonché le conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e/o dell'accertamento diagnostico.

Legga con attenzione e, qualora lo ritenesse opportuno, non esiti a richiedere ulteriori spiegazioni e approfondimenti.

Le chiederemo poi di firmare un foglio di consenso all'atto medico proposto.

1. La luce ultravioletta A/B rappresenta la forma più comune di fototerapia, utilizzata per il trattamento di varie patologie cutanee, inclusa la micosi fungoide, la psoriasi, l'eczema e il prurito.

2. Lei verrà sottoposto a tale luce ultravioletta per una durata di tempo variabile. Questo trattamento non rappresenta una cura definitiva, ma può effettivamente controllare o migliorare la Sua patologia cutanea.

3. Molti pazienti hanno utilizzato con successo questo trattamento per molti anni, riuscendo a migliorare le condizioni della loro pelle per lunghi periodi di tempo.

4. Il numero di trattamenti/settimana e il tempo necessario per raggiungere il miglioramento clinico varierà per ciascun paziente e ciascuna patologia cutanea. La maggior parte dei pazienti richiede inizialmente da 2 a 3 trattamenti/settimana perché si ottenga una remissione dei segni e sintomi cutanei.

5. Tipicamente, i trattamenti prevedono all'inizio solo pochi secondi o minuti di esposizione alla luce ultravioletta UVA/UVB e, successivamente, un incremento graduale che viene deciso dal personale medico della U.O. Possono essere necessari da 15 a 25 trattamenti perché Lei ottenga un miglioramento apprezzabile della Sua malattia.

6. Non tutti i pazienti ottengono risultati soddisfacenti. I benefici che Lei potrebbe avere con l'utilizzo della fototerapia sono:

7. Miglioramento delle lesioni preesistenti con risoluzione più o meno completa. La durata di tale remissione varia da caso a caso. Talvolta potrà rendersi utile una terapia di mantenimento.

8. Riduzione solo della comparsa di nuove lesioni.

### **L'intervento potrebbe avere effetti indesiderati quali:**

- L'effetto collaterale più comune della fototerapia UVA/UVB è l'eritema fototossico sino a casi estremi di ustione cutanea. Tale effetto si può presentare in qualunque fase della terapia con UVA/UVB. Alcuni farmaci possono determinare un incremento del rischio di ustioni. Dovrà pertanto

comunicare al personale della U.O. il nome di tutti i farmaci che assume o che avrà intenzione di assumere durante il periodo di trattamento con UVA/UVB;

- I trattamenti UVA/UVB possono causare secchezza della pelle e prurito. Molteplici trattamenti UVA/UVB possono anche stimolare un invecchiamento precoce della pelle e la comparsa di lentiggini o pigmentazioni cutanee indesiderate;

- È possibile che numerosi trattamenti UVA/UVB inducano, a lungo termine, un aumento del rischio di sviluppare tumori cutanei;

- I raggi ultravioletti possono danneggiare gli occhi incrementando il rischio di comparsa di cataratta. Ciò potrà comunque essere evitato tramite l'utilizzo di occhiali protettivi durante il trattamento. Le verrà fornito l'equipaggiamento idoneo prima di iniziare ciascuna seduta di fototerapia;

- La luce ultravioletta può favorire l'insorgenza di manifestazioni erpetiche (labbra) o aftose (mucosa buccale) in soggetti predisposti;

- Nell'uomo, l'esposizione della regione genitale alla luce ultravioletta per lunghi periodi di tempo può causare un incremento dell'insorgenza di tumori genitali. Pertanto i soggetti di sesso maschile dovranno indossare un indumento protettivo che copra tale area;

- La luce ultravioletta può determinare un'esacerbazione di altre patologie, quali il lupus eritematoso, che risultano essere sensibili alle radiazioni ultraviolette.

.....  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Modulo consegnato al paziente/scaricato dal sito/prelevato in sala di attesa il giorno \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Firma paziente (o legale rappresentante) \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Firma di eventuali testimoni \_\_\_\_\_