

AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA MAMMELLA

PROMEMORIA

Gentile Paziente,

Le è stato consigliato di eseguire un approfondimento diagnostico mediante agobiopsia percutanea della mammella/agoaspirato mammella o linfonodi.

APPUNTAMENTO: _____ **alle ORE** _____

- Di seguito è riportato il modello di consenso informato, che dovrà essere letto e firmato in presenza del Medico Radiologo prima dell'esecuzione della procedura.

- Si raccomanda di **avvisare** anticipatamente il Medico Radiologo in caso di assunzione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti (ad esempio, Coumadin, NAO, Aspirina, ecc.).

- Si raccomanda di presentarsi all'Accettazione della Radiologia (piano seminterrato) almeno 20 minuti prima dell'orario dell'appuntamento munita di **IMPEGNATIVA** per:

BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT AGOASPIRATO ECO-GUIDATO DI MAMMELLA/LINFORNI

- L'esame si esegue ambulatorialmente con anestesia locale; non è richiesto il digiuno.
- Al termine della procedura Le verrà applicato del ghiaccio: pertanto, è consigliabile indossare un reggiseno comodo.
- Il prelievo viene inviato per esame istologico/citologico all'Istituto di Anatomia Patologica dell'ASUFC Udine.
- L'esito sarà disponibile dopo circa 15 giorni dal prelievo.
- Sarà premura della Segreteria contattarLa personalmente per il ritiro del referto. A tale scopo, Le verrà richiesto un recapito telefonico utile per la comunicazione.
- Si ricorda che il pagamento del ticket dell'esame istocitopatologico (qualora lei non ne sia esente) andrà effettuato secondo le indicazioni contenute nel modulo allegato (Mod. RAD 52).
- Il Servizio rimane a disposizione Sua e del Medico curante al seguente recapito: tel. 0432-239276 / 0432-239411

Dichiaro di aver preso visione del promemoria e, in particolare, di aver compreso la modalità di pagamento dell'esame cito-isto-patologico.

Cognome, nome _____

Data, _____ / _____ / _____

Firma del Dichiarante

NOTA INFORMATIVA

Le è stato proposto di eseguire un accertamento istologico finalizzato a definire meglio la natura della lesione mammaria riscontrataLe; tale approfondimento presenta un alto margine di certezza e si avvale di una procedura minimamente invasiva, a differenza di altri approcci diagnostici (ad esempio ulteriori ravvicinate indagini con radiazioni ionizzanti, biopsie chirurgiche, ecc.).

Se dall'analisi del prelievo bioptico emergerà una situazione di benignità, Le saranno solamente raccomandati controlli periodici secondo un calendario personalizzato.

Se invece l'esame dovesse dare esito positivo e si dovesse rendere necessario attuare provvedimenti terapeutici, Le verrà illustrato l'iter diagnostico-terapeutico definito dalle Linee Guida internazionali. Lei potrà quindi decidere di accettare o di rifiutare quanto propostoLe sulla base delle informazioni necessarie all'assunzione di una determinazione autonoma e consapevole.

La biopsia ecoguidata si svolge come di seguito riassunto:

- previa accurata disinfezione della cute, si somministra un anestetico locale per via percutanea;
- sotto guida ecografica (così da assicurarsi una buona centratura) si introduce un ago di pochi millimetri di diametro, attraverso il quale si prelevano in media 4 pezzettini (frustoli) di tessuto, che verranno successivamente inviati al Laboratorio per le indagini necessarie.

Il tutto dura circa 15 minuti, ed al termine Le verrà applicata una medicazione, che Lei stessa potrà rimuovere il giorno seguente; sulla zona dovrà tenere per circa un'ora il ghiaccio secco che Le verrà fornito al termine del prelievo.

L'agobiopsia percutanea della mammella è ormai diventata un approfondimento di routine, ma è opportuno che la Paziente sia ben informata in merito ai seguenti aspetti:

- la procedura si esegue in anestesia locale, somministrata mediante iniezione sottocutanea (generalmente ben tollerata e poco fastidiosa); eventuali allergie vanno pertanto comunicate al personale prima dell'accertamento;
- occasionalmente, durante l'esame, potrà avvertire un momentaneo fastidio, dovuto alla stimolazione di qualche terminazione nervosa: eventualità poco frequente, non prevedibile e che comunque non crea stati di vero e proprio dolore;
- infezione, emorragia, puntura della pleura e passaggio di aria nel cavo pleurico sono evenienze estremamente rare, che vengono qui citate per completezza dell'informazione;
- frequente invece è la comparsa, nella sede del prelievo, di un piccolo ematoma, con chiazzette di colore blu-giallastro causate dalla diffusione di un po' di sangue sotto la pelle, che in genere si risolve spontaneamente senza creare problemi. Se Lei fosse in terapia con anticoagulanti, Le raccomandiamo di avvisare il medico prima dell'accertamento.

Per qualsiasi disturbo dovesse osservare, o anche per semplici dubbi, il personale è a Sua disposizione per eventuali ulteriori informazioni.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE
PER AGOBIOPSIA PERCUTANEA DELLA MAMMELLA

Io sottoscritt_____ nat____ il ____/____/____

dichiaro con la presente che:

1. mi è stato pertanto proposto di sottopormi a BIOPSIA PERCUTANEA DELLA MAMMELLA, indagine cui acconsento di sottopormi in base a quello che mi è stato spiegato relativamente ai benefici ragionevolmente attendibili, ai rischi ed alle conseguenze - anche negative - che ne possono derivare (v. "Nota informativa", mod. RAD 33 "Promemoria, informativa e consenso per agobiopsia percutanea della mammella");
2. ho potuto porre al Medico Radiologo le domande che ritenevo opportune, e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili; mi è stata consegnata documentazione integrativa (cartacea e/o di altro tipo: Mod. RAD 33 "Promemoria, informativa e consenso per agobiopsia percutanea della mammella" e/o _____) in tempi utili affinché io potessi prendere una decisione consapevole circa la prosecuzione dell'indagine propostami;
3. **sono stat____ informat____ che posso anche cambiare idea, in qualunque momento, revocare il consenso qui espresso**, e decidere di non sottopormi all'indagine in questione.

Le conseguenze, per il mio caso, potrebbero essere: _____

_____;

Udine, ____ / ____ / ____

(con la firma si dichiara di accettare l'indagine indicata al punto 1)

Firma Dichiarante

Firma del Medico Radiologo

Nome e cognome del soggetto sostitutivo nei casi previsti dalla legge_____

Nome e cognome dell'eventuale interprete _____

Estremi documento identità, sia per un caso che per l'altro _____

PER REVOCARE IL CONSENSO

Data _____ Il Dichiarante _____