

Gentile Paziente,

Le è stato consigliato di eseguire un approfondimento diagnostico mediante agobiopsia sotto guida stereotassica della mammella.

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 GUIDATA STEREO TASSICA VACUUM ASSISTED MAMMELLA**.
- 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 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 _____

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Non serve alcuna preparazione specifica; il paziente può continuare ad assumere la terapia farmacologica domiciliare come d'abitudine, eccetto i farmaci anticoagulanti, per cui si adottano i seguenti criteri:

ANTICOAGULANTI (Coumadin, Sintrom, etc.)

Il paziente deve rivolgersi al Centro di Riferimento Prevenzione/Trattamento Trombosi o al Medico di Medicina Generale o al Cardiologo per la sospensione di tale terapia (che dovrà avvenire **almeno 5 giorni prima dell'esame**) e per l'eventuale prescrizione della terapia eparinica sostitutiva. L'ultima dose di eparina potrà essere assunta al massimo 8 ore prima della procedura.

Il paziente dovrà presentarsi il giorno dell'indagine con l'esito degli esami del sangue con i valori di PT e INR(< 1,3) eseguiti 24-48 ore prima della procedura.

ANTICOAGULANTI di nuova generazione (NOACs, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana)

Previo accordo con il Medico di Medicina Generale o con il Centro di Riferimento Prevenzione/Trattamento Trombosi, i farmaci anticoagulanti di nuova generazione andranno sospesi almeno **24ore prima della procedura**. Non vi è indicazione ad eseguire una terapia profilattica con eparina.

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 biotecnico 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.

PROCEDURA PER LA BIOPSIA SOTTO GUIDA STEREOTASSICA MAMMARIA

La biopsia sotto guida stereotassica si svolge come di seguito riassunto:

- Le verrà posizionata una cannula venosa nell'avambraccio
- La biopsia sotto guida stereotassica viene eseguita in anestesia locale, mediante una piccola incisione nel punto di inserzione dell'ago.
- L'esecuzione della procedura viene fatta in posizione prona(sdraiata) o semiseduta su di un apposito lettino. Verrà fatta la centratura dell'area da studiare e di seguito la biopsia in corso di compressione della mammella.
- Sotto guida mammografica (tomosintesi), così da assicurarsi una buona centratura, si introduce un ago di 10 Gauge di diametro, attraverso il quale si prelevano in media 12 pezzettini (frustoli) di tessuto, che verranno successivamente inviati al Laboratorio per le indagini necessarie.
- Il tutto dura circa 40 minuti, ed al termine verrà rilasciata una microclip in titanio nella sede del prelievo.
- Dopo la procedura Le verrà poi 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.
- Dopo circa 30-40 minuti dalla procedura verranno acquisite 2 proiezioni mammografiche per il controllo posizionamento della clip che, in rare occasioni, può risultare dislocata o non presente.

È opportuno che la Paziente sia ben informata in merito ai seguenti aspetti:

- 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 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 BIOPSIA VAB SOTTO GUIDA STEREOTASSICA MAMMARIA

Io sottoscritto _____ nat____ il ____ / ____ / ____

dichiaro con la presente che:

1. mi è stato pertanto proposto di sottopormi a BIOPSIA VAB SOTTO GUIDA STEREOTASSICA 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 50 "Promemoria, informativa e consenso per agobiopsia stereotassica 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 50 "Promemoria, informativa e consenso per agobiopsia stereotassica 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 _____