

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Consenso informato biopsia mammaria SIRM (RX.MO.2880.00).doc pag 1/3
---	---------------	---

## CONSENSO INFORMATO A SOTTOPORSI AD AGOASPIRATO/ BIOPSIA MAMMARIA/ POSIZIONAMENTO DI REPERE MAMMARIO CON GUIDA ECOGRAFICA, MAMMOGRAFICA O DI RISONANZA MAGNETICA

### CHE COS'E'

Si tratta di procedure indispensabili per una precisa definizione di natura (benigna/maligna) della lesione mammaria identificata con ecografia, mammografia o risonanza magnetica. Qualora si tratti di procedura che espone a raggi x (mammografia, mammostereotassi) se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica precisa, specie in donne in stato di gravidanza.

### A COSA SERVE

L'indagine è indicata per la diagnosi di lesioni mammarie, sia benigne che maligne, ai fini di poter pianificare la più opportuna terapia e/o per guidare l'intervento chirurgico, in caso di lesione non palpabile.

### COME SI EFFETTUA

La procedura di agoaspirato/biopsia prevede, sotto guida ecografica, mammografica (mammostereotassica) o RM, il posizionamento di un ago nella lesione per effettuare un prelievo di cellule o tessuto o il posizionamento di un repere per guidare l'asportazione chirurgica della lesione.

**AGOASPIRATO** (esame citologico). Si esegue con un ago sottile, lo stesso utilizzato per iniezioni intramuscolo, senza anestesia. È prevista l'esecuzione di prelievi multipli nella stessa lesione.

**AGOBIOPSIA** (esame istologico). Rispetto all'agoaspirato l'ago utilizzato è di maggior calibro e si pratica l'anestesia locale. Generalmente vengono effettuati multipli prelievi nella stessa lesione (4-5 nelle procedura a guida ecografica, 12- 18 in quelle sotto guida mammografica, stereotassica, o RM).

**REPERE**. Nella lesione, quando non palpabile, viene posizionato un "reperere" utile al chirurgo per localizzarla: si possono utilizzare in alternativa un'iniezione di soluzione con carbone, un sottile filo metallico o un liquido radioattivo (ROLL); qualche volta basta un tatuaggio sulla cute.

### COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

L'esame può essere fastidioso raramente doloroso, nelle procedure eseguite con guida mammografica o RM è necessario rimanere immobili più a lungo (generalmente in posizione prona). Sono evenienze rare le emorragie, mentre gli ematomi sono conseguenza frequente, peraltro generalmente di modesta entità e a risoluzione spontanea in pochi giorni; più rare le infezioni della ghiandola mammaria (mastiti). Esiste il rischio molto remoto di puntura accidentale del cavo pleurico con conseguente pneumotorace o di bucare le protesi.

### PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria nessuna preparazione. Per ridurre il rischio di sanguinamento in caso di agobiopsia, specie con sistema VAB, occorre, sentito il proprio curante, sospendere l'assunzione di farmaci anticoagulanti o a base di acido acetilsalicilico (aspirinetta) nelle 48 ore precedenti la biopsia. Non è invece necessario interrompere altre eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

<b>Stesura:</b> <i>V. Buscarino.SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022	<b>Verifica:</b> <i>S. Gatti SC Direzione Medica di Presidio</i> Giugno 2022	<b>Autorizzazione:</b> <i>R. Vigone SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022	<b>Emissione:</b> <i>R. Vigone SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022
---	--	---	--

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Consenso informato biopsia mammaria SIRM (RX.MO.2880.00).doc pag2/3
---	---------------	--

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE SUDETTA**

**Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

**Informato/a dal Prof./Dott.** \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente

- ago aspirato,
- ago biopsia,
- reperi mammario

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

- accetto l'indagine proposta**                       **rifiuto l'indagine proposta**

**Medico radiologo** \_\_\_\_\_

Eventuale interprete \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

- SI     NO

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

<b>Stesura:</b> <i>V. Buscarino.SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022	<b>Verifica:</b> <i>S. Gatti SC Direzione Medica di Presidio</i> Giugno 2022	<b>Autorizzazione:</b> <i>R. Vigone SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022	<b>Emissione:</b> <i>R. Vigone SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022
---	--	---	--

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Consenso informato biopsia mammaria SIRM (RX.MO.2880.00).doc pag3/3
---	---------------	--

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<b>Stesura:</b> <i>V. Buscarino.SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022	<b>Verifica:</b> <i>S. Gatti SC Direzione Medica di Presidio</i> Giugno 2022	<b>Autorizzazione:</b> <i>R. Vigone SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022	<b>Emissione:</b> <i>R. Vigone SC Radiodiagnostica</i> Giugno 2022
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			