

Dipartimento di Oncologia Radioterapica e di Diagnostica per immagini

STRUTTURA OPERATIVA DI RADIOLOGIA

Direttore: dr. Luca Balestreri

Segreteria direttore 0434 – 659570

Segreteria appuntamenti Tac – Risonanza Magnetica tel.: 0434-659650 dalle 13:00 alle 15:30

Fax: 0434 – 659505

e-mail: radiologia@cro.it

**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 reperi per guidare l'asportazione chirurgica della lesione.

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

AGOBIOPSIA (esame istologico). Rispetto all'agoaspirato l'ago utilizzato e' 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 "reperi"

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 puo' essere fastidioso raramente doloroso, nelle procedure eseguite con guida mammografica o RM e' 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 entita' e a risoluzione spontanea in

pochi giorni; piu' 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- RACCOMANDEZIONI

Non e' 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).

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

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.

Presa 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 _____

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 _____

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO
INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI AGOASPIRAZIONE/ BIOPSIA MAMMARIA/ POSIZIONAMENTO DI REPERE
MAMMARIO CON GUIDA ECOGRAFICA, MAMMOGRAFICA O DI RISONANZA MAGNETICA

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ via _____

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

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

Informato/a dal Dott./Prof: _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente ago aspirato, ago biopsia, repere mammario (INSERIRE OPZIONI CON QUADRATINO)

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

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
