



## **CHE COS'E'**

Si tratta di procedure indispensabili per una precisa definizione di natura (benigna/maligna) della lesione mammaria identificata con ecografia e/o mammografia

## **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, il posizionamento di un ago nella lesione per effettuare un prelievo di tessuto.

**AGOBIOPSIA** (esame istologico). l'ago utilizzato è di maggior calibro rispetto ad una intramuscolo e si pratica l'anestesia locale. Generalmente vengono effettuati multipli prelievi nella stessa lesione (4-5 nella procedura a guida ecografica)

## **COSA PUO' SUCCEDERE \_ EVENTUALI COMPLICANZE**

L'esame può essere fastidioso, raramente doloroso, è necessario rimanere immobili

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).

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



**Dichiarante**

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

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

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

(2) i n q u a l i t à d i t u t o r e d e l p a z i e n t e

(3) **Informato/a** dal Dott. Ventrella 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.

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_