ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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.

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 o di risonanza magnetica, 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 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 è di maggior calibro e si pratica l'anestesia locale. Generalmente vengono effettuati multipli prelievi nella stessa lesione (4-5 nelle procedure a guida ecografica, 12-18 in quelle sotto guida mammografica o RM).

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

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 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).

Io sottoscritto/a (nome)..... (cognome) .....

nato/a il .....

dichiaro di essere stato adeguatamente informato dal Medico Radiologo sulla procedura che sto per eseguire

DAI DI DIAGNISTICA PER IMMAGINI
Radiologia Gorizia – Monfalcone
Sede di Gorizia: Via Fatebenefratelli 34, 34170 tel. 0481/592232 - centralino 0481/5921 Sede di Monfalcone: Via Galvani 1, 34074 tel. 0481/487240 - centralino 0481/4871
paolo.cassetti@asugi.sanita.fvg.it
radiologiago@asugi.sanita.fvg.it
radiologiamo@asugi.sanita.fvg.it

Al fine dell'esecuzione della biopsia dichiaro che:

sono in possesso del valore dell'INR e il valore della piastrinemia eseguiti in data	**si**		**no**	

sono in trattamento anticoagulante o antiaggregante	**si**	☐	**no**	☐
se SI, lo ho temporaneamente sospeso	**si**	☐	**no**	☐

sono allergico al lattice o ai disinfettanti cutanei o alla Lidocaina	**si**		**no**		**non so**	

sono portatore di protesi cardiaca o affetto da valvulopatia, cardiopatia congenita, pregressa endocardite	**si**	☐	**no**	

Dopo aver discusso delle indicazioni, dell'assenza di procedure alternative e dei possibili effetti collaterali, accetto la procedura proposta dal mio Medico di fiducia che mi ha inviato c/o la Radiologia per l'esecuzione di essa.

E inoltre dichiaro:

- di essere stato esaurientemente informato dal Medico Radiologo sulla procedura che sto per eseguire e sugli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare
- confermo inoltre di aver ben compreso le spiegazioni che sono state fornite

e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Il Paziente **Il Medico Radiologo**

..... **.....**

Trieste, lì .....

Nego lo stato gravidico (Firma) ..... Data .....

A USO INTERNO

Il paziente è stato identificato per due volte con diversa modalità.

Firma dell'operatore: ..... Data ....

Versione 01/06/2022