



DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
 UNITA' OPERATIVA COMPLESSA **RADIOLOGIA**
 Ospedale di San Bonifacio Distretti n. 1 e n. 2
 UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DIPARTIMENTALE **BREAST UNIT** AULSS 9

CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO CON AGO PER ESAME ISTOLOGICO

Gentile signora, trova in questa pagina Le informazioni che Le abbiamo dato sull'esame, in modo che Lei possa leggere il tutto con calma e sottoscrivere il consenso all'esecuzione del prelievo.

DESCRIZIONE PROCEDURA

Un ago del calibro di alcuni millimetri verrà introdotto nella sede della lesione mediante guida ecografica o tomo sintesi previa anestesia locale ed eventuale piccola incisione della cute. Dopo il prelievo verrà valutata la necessità di lasciare nella sede della lesione una piccola clip metallica amagnetica, ciò renderà più facile la ricerca, il riconoscimento di eventuali modificazioni nel tempo e la localizzazione preoperatoria qualora si rendesse necessario l'intervento chirurgico. L'esame può durare 30 – 40 minuti, al termine dei quali resterà in servizio per altri 20 – 30 minuti mantenendo la mammella compressa in modo da evitare emorragie.

RISCHI DELLA METODICA

Come ricordato, la metodica si esegue in anestesia locale. Occasionalmente durante l'esame potrà avvertire un momentaneo dolore dovuto alla stimolazione di qualche nervo, questa eventualità è poco frequente e non prevedibile. Infezione, emorragia, puntura della pleura e passaggio di aria nel cavo pleurico sono evenienze veramente rare, comunque si tratta di lesioni ben curabili e non sono mai stati rilevati danni permanenti.

PROBABILI DISTURBI

Nei giorni successivi alla biopsia potrebbero esserci modesti fastidi nella sede del prelievo dove si manifesteranno delle chiazze di colore blu - giallastro causate dalla diffusione di un po' di sangue sotto la pelle, che si riassorbirà da solo nei giorni successivi. La invitiamo comunque a riferirci ogni eventuale disturbo.

CONSENSO

Il/La sottoscritta _____ dichiara di essere stata informata riguardo la procedura della micro biopsia, sulle indicazioni e sugli eventuali rischi o conseguenze che da esso possono derivare. Confermo di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite e pertanto acconsento sottopormi a questa procedura.

Data _____

Firma _____

Responsabile: Dr.ssa Giovanna Romanucci