

Consenso Informato

Agobiopsia Mammaria Ecoguidata

Core Biopsy

Ecografia e Doppler

Gentile paziente,

desideriamo trasmetterLe alcune informazioni utili per il Suo esame.

Descrizione della Prestazione

La biopsia mammaria con ago tranciante (core biopsy) sotto guida ecografica è una tecnica bioptica che permette il prelievo di campioni di tessuto mammario tramite l'introduzione di una ago-cannula del calibro di alcuni millimetri nella sede della lesione, previa anestesia locale. L'esame istologico del tessuto mammario prelevato attraverso l'ago permette una diagnosi accurata in un'elevata percentuale di casi.

Dopo il prelievo di tessuto potrebbe essere necessario posizionare, attraverso ago introduttore, una clip in titanio che rimarrà nella sede del prelievo come repere pre-operatorio.

Al termine della procedura, dopo medicazione, la paziente viene tenuta in osservazione presso il Servizio per circa 30 minuti.

Complicanze

Occasionalmente durante la procedura, pur in anestesia locale, è possibile avvertire un momentaneo dolore, dovuto a stimolazione nervosa, non prevedibile. La complicanza più frequente è la formazione di un ematoma nella sede del prelievo che solitamente si risolve spontaneamente in 7/15 giorni.

Infezione, emorragia, puntura della pleura e passaggio di aria nel cavo pleurico sono evenienze molto rare; si tratta comunque di eventi curabili.

Anestesia locale ed eventuali effetti collaterali

Per l'esecuzione della suddetta procedura è prevista la somministrazione di anestetico locale (Lidocaina 2% o Mepivacaina 10 mg/mL). L'utilizzo di anestetico locale è considerato dalla letteratura scientifica internazionale una metodica sicura, a basso rischio di complicanze.

Tuttavia, la somministrazione dell'anestetico locale può comportare alcuni lievi effetti collaterali (irritazione della pelle, vertigini, formicolio agli arti, nausea, vomito, agitazione, ecc.) e, talvolta, con un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico e decesso.

Controindicazioni al trattamento

Nessuna

Patologie che possono interferire con la prestazione

Disturbi della coagulazione.

Terapie che possono interferire con la prestazione

Il giorno dell'esame è possibile assumere terapia farmacologica domiciliare (esclusi farmaci antiaggreganti ed anticoagulanti). I pazienti in terapia con antiaggreganti, anticoagulanti orali, eparina di nuova generazione devono essere valutati dal medico specialista di riferimento per la sospensione della terapia prima della procedura e la sua ripresa dopo la biopsia.

Alternative al trattamento

L'alternativa alla biopsia microistologica è la biopsia chirurgica. Questo metodo, altamente affidabile ma più invasivo, rende necessario un ricovero e provoca maggiori rischi, come dolore, emorragia, infezione e presenza di cicatrici.

Conseguenze del non trattamento

Mancata diagnosi.

Consenso Informato Agobiopsia Mammaria Ecoguidata Core Biopsy

Ecografia e Doppler

Etichetta Identificativa del Paziente

Consenso Informato da firmare in Reparto

Indichi la lateralità interessata: Seno destro Seno sinistro Bilaterale

Io sottoscritto/a _____, dichiaro sotto la mia responsabilità, di aver letto e compreso tutte le informazioni inerenti:

- le mie condizioni di salute;
- la tipologia del trattamento sanitario indicato (diagnosi, prognosi e benefici);
- le relative complicanze;
- le alternative al trattamento in oggetto;
- le conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario;
- di aver ricevuto dal medico tutti gli ulteriori chiarimenti che ho ritenuto necessari.

Pertanto,

- esprimo
 NON esprimo

il mio consenso all'esecuzione della prestazione in oggetto di mia spontanea volontà e in piena consapevolezza.

Milano ___/___/___ e ora: ___:___

| | |
|------------------------------------|--|
| Timbro e Firma del Medico _____ | Firma del Paziente ¹ _____ |
|------------------------------------|--|

Consenso all'anestesia

Dichiaro di aver letto e compreso tutte le informazioni inerenti la tipologia e gli effetti collaterali relativi all'anestesia locale e, pertanto, esprimo il mio consenso alla somministrazione.

Milano ___/___/___ e ora: ___:___

Firma del Paziente ¹

¹ La firma deve essere quella dell'interessato. Nel caso ciò non sia possibile, specificare chiaramente per iscritto la qualifica del firmatario, che deve rientrare tra una delle seguenti: chi esercita la responsabilità genitoriale; il tutore o curatore oppure accompagnatore che ha compilato e firmato il Consenso informato per prestazioni sanitarie a persone incapaci di intendere e/o volere.

Consenso Informato Agobiopsia Mammaria Ecoguidata Core Biopsy

Ecografia e Doppler

Nel caso di paziente minore

| | |
|---------------------------------------|---|
| Firma del Padre ² ----- | Firma della Madre ² ----- |
|---------------------------------------|---|

Nel caso di presenza di mediatore linguistico

Nome e firma dell'eventuale mediatore linguistico in caso di consenso informato raccolto in lingua diversa dall'italiano.

| |
|--|
| Firma del Mediatore linguistico ----- |
|--|

² In assenza del Padre/Madre, allegare la dichiarazione di consenso del genitore delegante unitamente alla fotocopia di un documento d'identità del delegante.