

Nota informativa
Biopsia mammaria ecoguidata

Gentile Signora,

Le è stato proposto di eseguire un accertamento istologico finalizzato a definire meglio la natura della lesione mammaria riscontrata. Le; tale approfondimento presenta un alto margine di certezza e si avvale di una procedura minimamente invasiva, a differenza di altri approcci diagnostici (ad esempio ulteriori ravvicinate indagini con radiazioni ionizzanti, biopsie chirurgiche, ecc...).

Se dall'analisi del prelievo bioptico emergerà una situazione di benignità, Le saranno solamente raccomandati controlli periodici secondo un calendario personalizzato.

Se invece l'esame dovesse dare esito positivo e si dovesse rendere necessario attuare provvedimenti terapeutici, Le verrà illustrato l'iter diagnostico-terapeutico definito dalle Linee Guida internazionali. Lei potrà quindi decidere di accettare o di rifiutare quanto proposto sulla base delle informazioni necessarie all'assunzione di una determinazione autonoma e consapevole.

La biopsia ecoguidata si svolge come di seguito riassunto:

- previa accurata disinfezione della cute, si somministra un anestetico locale per via percutanea;
- sotto guida ecografica (così da assicurarsi una buona centratura) si introduce un ago di pochi millimetri di diametro, attraverso il quale si prelevano in media 4 pezzettini (frustoli) di tessuto, che verranno successivamente inviati al Laboratorio per le indagini necessarie. Il tutto dura circa 15 minuti, ed al termine Le verrà applicata una medicazione, che Lei stessa potrà rimuovere il giorno seguente; sulla zona dovrà tenere per circa un'ora il ghiaccio secco che Le verrà fornito al termine del prelievo.

L'agobiopsia percutanea della mammella è ormai diventata un approfondimento di routine, ma è opportuno che la Paziente sia ben informata in merito ai seguenti aspetti:

- la procedura si esegue in anestesia locale, somministrata mediante iniezione sottocutanea (generalmente ben tollerata e poco fastidiosa); eventuali allergie vanno pertanto comunicate al personale prima dell'accertamento;
- occasionalmente, durante l'esame, potrà avvertire un momentaneo fastidio, dovuto alla stimolazione di qualche terminazione nervosa: eventualità poco frequente, non prevedibile e che comunque non crea stati di vero e proprio dolore;
- infezione, emorragia, puntura della pleura e passaggio di aria nel cavo pleurico sono evenienze estremamente rare, che vengono qui citate per completezza dell'informazione;
- frequente invece è la comparsa, nella sede del prelievo, di un piccolo ematoma, con chiazze di colore blu-giallastro causate dalla diffusione di un po' di sangue sotto la pelle, che in genere si risolve spontaneamente senza creare problemi. Se Lei fosse in terapia con anticoagulanti, Le raccomandiamo di avvisare il medico prima dell'accertamento.

Per qualsiasi disturbo dovesse osservare, o anche per semplici dubbi, il personale è a Sua disposizione per eventuali ulteriori informazioni.

Promemoria per BIOPSIA MAMMARIA ECOGUIDATA

L'appuntamento è fissato per il giorno ____ / ____ / ____ alle ore ____:____

Preparazione della Paziente:

- Non serve alcuna preparazione specifica

Prima dell'esame la **Paziente dovrà esibire:**

- l'impegnativa del Medico curante e/o richiesta dello Specialista, comprendente una concisa relazione clinica con il quesito diagnostico, tessera sanitaria, impegnativa per biopsia mammaria ecoguidata,
- eventuale documentazione clinica, laboratoristica e radiologica precedente, utile all'indagine;
- il presente modulo di consenso informato

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE PER BIOPSIA MAMMARIA ECOGUIDATA

Io sottoscritta _____ nata il ____ / ____ / ____

dichiaro con la presente che:

- Mi è stata proposta una biopsia mammaria ecoguidata, indagine cui accetto di sottopormi in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti ed alle conseguenze, anche negative, che ne possono derivare, come spiegato nella nota informativa (vedi retro).
- Persistendo dei dubbi, ho potuto porre al Radiologo le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.
- Sono consapevole che posso decidere, in piena autonomia, di non sottopormi all'indagine in oggetto e, d'accordo con il Medico curante, accedere ad altro tipo di procedura, accettando le conseguenze di tale decisione, e revocando per iscritto il presente consenso qualora già accordato.

Udine, ____ / ____ / ____

Firma del Paziente (o del Tutore)

Firma del Medico

IN CASO DI RINUNCIA, per consentire l'accesso ad altri Pazienti in attesa, si prega di avvertire quanto prima, telefonando al numero: 0432 239 215

ATTO DI REVOCA del consenso a _____

Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Udine, ____ / ____ / ____ Il Dichiarante _____ Il Medico _____