

PROMEMORIA E CONSENSO INFORMATO PER BIOPSIA ECOGUIDATA

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

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE:

- ✓ non serve alcuna preparazione specifica;
- ✓ il paziente può continuare ad assumere la terapia farmacologica domiciliare come d'abitudine, eccetto i farmaci antiaggreganti e anticoagulanti, per cui si adottano i seguenti criteri,
 - **per gli antiaggreganti:**
 - **Ibustrin e Tiklid** vanno sospesi 4 giorni prima dell'esame;
 - **Aspirina** va sospesa 7 giorni prima dell'esame.
 - **per gli anticoagulanti:**
 - i pazienti con **fibrillazione atriale** dovranno sospendere l'assunzione di **Coumadin, Sintrom**, ecc., 3 giorni prima, il giorno dell'esame e il giorno successivo;
 - i pazienti dovranno sospendere dal giorno prima dell'esame a due giorni dopo, l'assunzione di anticoagulanti di nuova generazione (ad esempio, **Xarelto**, ecc.);
 - i pazienti **portatori di protesi valvolari cardiache** devono consultare prima dell'esame il Medico curante o il Cardiologo che disporrà un programma di sospensione adeguato della terapia (3-5 giorni) o l'eventuale sostituzione con eparina o analoghi prodotti;
 - **N.B.** il giorno dell'esame i Pazienti sottoposti a terapia anticoagulante devono recarsi alle ore 7.50 in Laboratorio analisi per il prelievo che valuterà il valore dell'INR. Indi recarsi SUBITO in Radiologia per l'accettazione e l'esecuzione dell'indagine (se il valore dell'INR lo consente e cioè se risulta inferiore a 1,2). Devono ugualmente essere prodotte anche prove emogeniche, emocromo e conta piastrine (non antecedenti 3 mesi). Il mancato rispetto degli orari pregiudica l'esecuzione della biopsia.

PRIMA DELL'ESAME IL PAZIENTE DOVRÀ ESIBIRE:

- ✓ **impegnativa del Medico curante e/o richiesta dello Specialista per Agobiopsia ecoguidata**, comprendente una concisa relazione clinica con il quesito diagnostico;
- ✓ **impegnativa specifica per esame istologico** da biopsia;
- ✓ eventuale documentazione clinica, laboratoristica e radiologica precedente, utile all'indagine;
- ✓ consenso informato debitamente compilato e firmato;
- ✓ tessera sanitaria.

NOTA INFORMATIVA

Durante questa procedura si usa l'ecografia per inserire con precisione un ago all'interno dell'organo interessato, per prelevarne alcuni minuscoli frammenti da poter poi far esaminare istologicamente.

L'obiettivo è quello di arrivare ad una diagnosi relativamente sicura in merito alla eventuale presenza di una neoplasia.

L'uso dell'ecografia riduce il rischio della manovra, perché permette una centratura ottimale, evitando danni alle strutture vicine.

L'utilizzo di un dispositivo con prelievo automatico a scatto riduce al minimo l'eventuale fastidio o dolore che il paziente può avvertire.

Esistono comunque minimi rischi connessi alla manovra.

Tra questi, vi è la possibilità che si crei un ematoma, cioè di uno stravasamento di sangue in sede di puntura (frequenza inferiore al 2% dei casi), che quasi sempre peraltro si risolve spontaneamente.

Prima dell'indagine diagnostica, comunque, il Radiologo è a disposizione del paziente, in modo da chiarire ogni possibile eventuale dubbio in merito alla procedura da effettuare.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE PER BIOPSIA ECOGUIDATA

Io sottoscritt _____ nat. il ____ / ____ / ____
dichiaro con la presente che:

- Mi è stata suggerita una biopsia 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 sopra).
- 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 Radiologo
