

Gentile Signora,

Le è stato consigliato di eseguire un approfondimento diagnostico mediante agobiopsia percutanea della mammella/agoaspirato mammella o linfonodi.

APPUNTAMENTO: _____ **ORE** _____

- Si allega il modello di consenso informato che dovrà essere letto e firmato **prima** della procedura, in presenza del Medico.
- Si raccomanda di avvisare anticipatamente il Medico Radiologo in caso di assunzione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti (ad esempio, Aspirina, Sintrom, ecc.).
- Si raccomanda di presentarsi all'Accettazione della Radiologia (piano seminterrato) almeno 10 minuti prima dell'orario dell'appuntamento munita di **IMPEGNATIVA** per:

BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT

AGOASPIRATO ECO-GUIDATO DI MAMMELLA/LINFONODI

- L'esame si esegue ambulatorialmente con anestesia locale; non è richiesto il digiuno.
- Al termine della procedura Le verrà applicato del ghiaccio: pertanto, è consigliabile indossare un reggiseno comodo.
- Il prelievo viene inviato per esame istologico/citologico all'Istituto di Anatomia Patologica dell'ASUI UD.

L'esito sarà disponibile dopo circa 15 giorni dal prelievo.

Sarà premura della Segreteria contattarLa personalmente per il ritiro del referto. A tale scopo, Le verrà richiesto un recapito telefonico utile per la comunicazione.

Si ricorda che il pagamento del ticket dell'esame istocitopatologico (qualora lei non ne sia esente) andrà effettuato presso il CUP dell'ASUIUD - Az. Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia (Pad. 1, piano terra), solo **dopo** la comunicazione da parte della Segreteria.

Il Servizio rimane a disposizione Sua e del Medico curante al seguente recapito:

tel. 0432.239213 (lunedì, martedì, giovedì, dalle 10.30 alle 12.30; mercoledì, venerdì dalle 10.30 alle 15).



Dichiaro di aver preso visione del promemoria ed, in particolare, di aver compreso la modalità di pagamento dell'esame cito-isto-patologico.

Data _____

Cognome, nome e Firma della dichiarante _____