

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA AGOASPIRAZIONE/BIOPSIA ECOGUIDATA A FINI DIAGNOSTICI

IL PAZIENTE (COGNOME E NOME) _____ Nato/a il ____ / ____ / ____

Oppure (per utenti minorenni)

Io sottoscritto, _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Documento d'identità _____

In qualità di Esercente la potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno Legale rappresentante**1. DATI SANITARI A CURA DEL MEDICO (a cura del medico)**

Indicazione clinica: _____

Atto diagnostico proposto: AGOASPIRATO BIOPSIAParte anatomica: COLLO MAMMELLA DESTRA MAMMELLA SINISTRA

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato.

Data ____/____/____

Firma del Medico: _____

2. ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente sulle indicazioni cliniche e la tipologia diagnostica a cui sarò sottoposto/a, nonché sugli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare.

• AGOASPIRAZIONE (ESAME CITOLOGICO):

Durante tale manovra si inserisce, nella sede della lesione, un ago del calibro analogo a quello per iniezione intradermica o intramuscolare. Non è prevista l'anestesia locale perché l'ago usato è di calibro uguale o inferiore a quello usato per iniettare l'anestetico. Per ottenere materiale sufficiente per la lettura del vetrino da parte del patologo, è possibile che venga effettuata più di una puntura. L'esame durerà alcuni minuti, al termine della procedura potrò lasciare la struttura.

• BIOPSIA (ESAME ISTOLOGICO):

Durante tale manovra, si inserisce un ago di tipo tranciante, dal calibro massimo di pochi mm, all'interno della ghiandola mammaria per prelevare alcuni minuscoli frammenti di tessuto, che successivamente verranno analizzati al microscopio (esame istologico). La puntura viene effettuata previa anestesia locale, per ridurre al minimo il fastidio ed il dolore, e richiede la piena collaborazione del paziente. L'esame può durare circa 20/30 minuti. Al termine della procedura, previo posizionamento di ghiaccio secco per evitare possibili emorragie, potrò lasciare la struttura.

Per inserire con precisione l'ago all'interno della ghiandola e per ridurre al minimo il rischio di danni agli organi vicini alla zona di interesse, entrambe le procedure verranno eseguite sotto guida ecografica, una metodica che produce immagini attraverso gli ultrasuoni.

Attraverso tali indagini si potrà pertanto giungere o confermare una diagnosi permettendo un corretto inquadramento clinico e stabilendo così una prognosi accurata ed una terapia mirata. In assenza dei risultati ottenibili con questa procedura non risulterà possibile giungere ad una diagnosi con relativa prognosi e terapia.

Questi esami permettono di evitare una biopsia chirurgica.

Occasionalmente durante l'esame potrò avvertire momentaneo dolore a causa della stimolazione di qualche terminazione nervosa. Sono evenienze veramente rare le emorragie, gli ematomi di piccole dimensioni si presentano con una frequenza più elevata, il passaggio di aria nel cavo pleurico e l'infiammazione della ghiandola mammaria (mastite).

Per ridurre il rischio di sanguinamento è utile sospendere qualsiasi tipo di farmaco anti-infiammatorio o anti-coagulante in base a protocollo interno.

Prima di iniziare la procedura è necessario informare gli operatori di eventuali allergie a farmaci o disinfettanti.

Sono consapevole che raramente il campione prelevato non è sufficiente a formulare una risposta esauriente e che dovrò, previo consenso, sottopormi nuovamente alla procedura.

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'indagine diagnostica e alle sue possibili complicanze:

DOMANDA: _____

RISPOSTA: _____

DOMANDA: _____

RISPOSTA: _____

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

ad essere sottoposto all'esame agoaspirato/bioptico ecoguidato. Autorizzo inoltre il medico e l'équipe ad eseguire interventi addizionali o alternativi, solo in caso di inderogabili urgenze e solo se già ipoteticamente rappresentate come ipotesi plausibili nel corso del colloquio per l'acquisizione del consenso.

Udine, _____

Firma del Paziente (o di chi ne esercita la patria potestà)

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
____/____/____

REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data, _____

Firma del paziente _____

Firma del medico responsabile _____