	Documento Interno CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO MAMMARIO CON AGO PER ESAME ISTOLOGICO UOC RADIOLOGIA DOLO MIRANO	MODULO/00031 REVO 20/06/2018
---	--	------------------------------------

CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO MAMMARIO CON AGO PER ESAME ISTOLOGICO

DESCRIZIONE PROCEDURA.

Un ago di calibro variabile di alcuni millimetri verrà introdotto nella sede della lesione (eventualmente, se ritenuto necessario, previa eventuale anestesia locale). Se la lesione non è palpabile, l'introduzione dell'ago verrà espletata sotto guida ecografica o radiostereotassica. Nel caso di agobiopsie viene prelevato un microframmento di tessuto. L'esame può durare 20-30 minuti; al termine potrà essere necessario un periodo di osservazione di circa 30 minuti presso il Servizio.

RISULTATI ATTESI.

L'esame istologico eseguito sul materiale prelevato attraverso l'ago fornirà la diagnosi accurata della Sua lesione in una elevata percentuale di casi. L'alternativa alla questa procedura è la biopsia chirurgica. Il corretto posizionamento dell'ago di prelievo nella lesione e l'asportazione lesionale vengono documentati su pellicola radiografica o ecografica. Se il quesito diagnostico conclusivo-integrato sarà di benignità le raccomanderemo solo controlli periodici.

RISCHI DELLA METODICA.

Occasionalmente, durante l'esame, potrà avvertire un momentaneo dolore dovuto alla stimolazione di qualche piccolo nervo; questa eventualità è poco frequente e non prevedibile.

Infezione, puntura della pleura e passaggio di aria nel cavo pleurico sono evenienze estremamente rare; comunque si tratta di lesioni ben curabili e non sono mai stati osservati danni permanenti.

Sono possibili fenomeni di emorragia nella sede del prelievo che saranno trattati con opportuna terapia locale. E' comunque necessario in senso preventivo l'effettuazione degli esami di laboratorio relativi all'assetto coagulativo e la sospensione, previo accordo con il Medico Curante di eventuali terapie anticoagulative. Tali esami devono essere esibiti prima di sottoporsi alla procedura.

CONSENSO.

Io sottoscritta _____ nata il _____


Dichiaro di essere stata informata riguardo la procedura di biopsia, sulle indicazioni e sugli eventuali rischi e conseguenze che da essi possono derivare. Confermo di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura.

Data _____ Firma leggibile _____

Firma del medico _____

PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DEL DLGS 30.12.2003, N° 196

Ai sensi del D.lgs 196/2003, le informazioni fornite verranno trattate con la massima tutela e riservatezza per finalità di gestione amministrativa della pratica. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione della legge, etc.) inviando una richiesta scritta al **titolare del trattamento** ,al seguente indirizzo: Azienda ulss 3 Serenissima , sede legale: via Don Tosatto 147 – 30174 Mestre (VE)

	File: MODULO-00031	Pagina 1 di 1
---	--------------------	---------------