Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

U.O.C. Radiologia Senologica

Consenso Informato per l'esecuzione di

AGOASPIRATO / BIOPSIA MAMMARIA / POSIZIONAMENTO DI REPERE MAMMARIO CON GUIDA ECOGRAFICA, MAMMOGRAFICA O DI RISONANZA MAGNETICA

DATI PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____/_____/_____

NOTA INFORMATIVA

CHE COS'È: Si tratta di procedure indispensabili per una definizione istologica o citologica della lesione mammaria tramite prelievo con ago guidato da imaging ecografico, mammografico o di risonanza magnetica. L'indagine è indicata per la diagnosi di lesioni mammarie, sia benigne che maligne, ai fini di poter pianificare la più opportuna terapia e/o per guidare l'intervento chirurgico, in caso di lesione non palpabile

COME SI EFFETTUA: La procedura di **agoaspirato/biopsia** prevede, sotto guida ecografica, mammografica o di risonanza magnetica, il **posizionamento di un ago nella lesione** per effettuare un **prelievo di cellule o di tessuto o il posizionamento di un repere** per guidare l'asportazione chirurgica della lesione.

AGOASPIRATO (esame citologico). Si esegue con **ago sottile**, lo stesso utilizzato per iniezioni intramuscolo, senza anestesia. E' prevista l'esecuzione di **prelievi multipli** nella stessa lesione.
AGOBIOPSIA (esame istologico). Rispetto all'agoaspirato l'ago utilizzato è di maggior calibro e si pratica l'**anestesia locale**. Generalmente vengono effettuati **prelievi multipli** nella stessa lesione (4-5 nelle procedure a guida ecografica, 12-18 in quelle sotto guida mammografica o RM con posizionamento di marcatore per permettere la successiva identificazione della sede del prelievo).

REPERE. Nella lesione, quando non palpabile, viene posizionato un "repere" utile al chirurgo per localizzarla. In fase pre-chirurgica si utilizza come repere un sottile filo metallico o qualche volta una marcatura sulla cute con matita dermografica. In caso di terapia neoadiuvante viene inserito un marcatore per permettere la successiva identificazione della sede della lesione.

EVENTUALI COMPLICANZE: L'esame può risultare fastidioso, raramente doloroso, nelle procedure eseguite con guida mammografica o RM è necessario rimanere immobili più a lungo (generalmente in posizione prona).
Sono evenienze rare le emorragie, mentre gli ematomi sono conseguenza frequente, peraltro generalmente di modesta entità e a risoluzione spontanea in pochi giorni; più rare le infezioni della ghiandola mammaria (mastiti). Esiste il rischio molto remoto di puntura accidentale del cavo pleurico con conseguente pneumotorace o di perforazione della protesi. Il repere in rari casi si può dislocare.

PREPARAZIONE/RACCOMANDAZIONI: Non è necessaria alcuna preparazione.
Per ridurre il rischio di sanguinamento in caso di agobiopsia, specie con sistema VABB (vacuum-assisted breast biopsy), occorre sentire il proprio Medico Curante per concordare la sospensione di eventuali farmaci anticoagulanti nelle 48 ore precedenti la biopsia. Non è invece necessario interrompere altre eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

U.O.C. Radiologia Senologica

Consenso Informato per l'esecuzione di

AGOASPIRATO / BIOPSIA MAMMARIA / POSIZIONAMENTO DI REPERE MAMMARIO CON GUIDA ECOGRAFICA, MAMMOGRAFICA O DI RISONANZA MAGNETICA

CONSENSO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME

AI FINI DELL'ESECUZIONE DELLA PROCEDURA DICHIARO CHE:		
Sono in trattamento anticoagulante o antiaggregante	SI ☐	NO ☐
Sono allergica al lattice o ai disinfettanti cutanei o alla Lidocaina	SI ☐	NO ☐
Sono portatrice di protesi cardiaca o affetta da valvulopatia, cardiopatia congenita, pregressa endocardite	SI ☐	NO ☐
Sono in stato di gravidanza certa o presunta	SI ☐	NO ☐

La sottoscritta Sig.ra _____
ritiene di essere stata sufficientemente informata in merito ai benefici della procedura e alle possibili controindicazioni.
Acconsente all'esecuzione della procedura

Data Firma della Paziente

____/____/_____ _____

RIPENSAMENTO ALL'EFFETTUAZIONE DELLA PROCEDURA

La sottoscritta Sig.ra _____ sotto la propria responsabilità dichiara di non voler sottoporsi alla procedura.

Data Firma della Paziente

____/____/_____ _____

Il Sottoscritto/a _____ nato a _____ il ___/___/_____
residente a _____ via _____
in qualità di
(1) Tutore del paziente ☐
(2) Esercente la potestà sul minore ☐

ritiene di essere stato/a sufficientemente informato/a in merito ai benefici della procedura e alle possibili controindicazioni.
Pertanto accetto l'indagine proposta ☐ rifiuto l'indagine proposta ☐

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

Data Firma del Medico Radiologo

____/____/_____ _____