

HUMANITAS

Unità Operativa di Radiologia

NORME DI PREPARAZIONE

AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA SX IN STEREOTASSI

IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO.

L'ASSENZA DELLA PRESCRIZIONE MEDICA PRECLUDE L'ESECUZIONE DELL'ESAME.

SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi

CONSENSO INFORMATO BIOPSIA STEREOTASSICA

Gentile paziente,
in previsione della biopsia stereotassica alla quale verrà sottoposta, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande:

| | |
|---------------------------------|--|
| Cognome e Nome paziente: | |
| Data e Luogo di nascita: | Nazionalità: <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Extraeuropeo |

QUESTIONARIO PRELIMINARE ANAMNESTICO

| Descrizione | Barrare con una crocetta | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Prende regolarmente farmaci anticoagulanti per fluidificare il sangue? Se sì, specificare: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Prende regolarmente farmaci antiaggreganti? Se sì, specificare: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È allergica o intollerante a medicinali, cerotti, anestesia locale o lattice? Se sì, specificare: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha la tendenza a cicatrizzare male? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Potrebbe essere in stato di gravidanza? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

| | |
|---|---|
| Medico che raccoglie l'anamnesi: Firma e Timbro: | |
| <i>(cognome e nome)</i> | |
| Paziente: | |
| <i>(cognome e nome)</i> | |
| N.B.: La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere riportata obbligatoriamente il giorno dell'esame debitamente compilata e firmata. In mancanza di tale scheda non sarà possibile effettuare l'esame | |
| Data: / / | Medico esecutore dell'esame: |
| | <i>(cognome e nome)</i> |

CONSENSO INFORMATO BIOPSIA STEREOTASSICA

Io sottoscritto/a

| | |
|--|---|
| <p><i>in caso di assenza di etichetta identificativa paziente compilare i dati sottostanti</i></p> <p>Cognome e Nome _____</p> <p>Nato/a _____ il ____/____/____</p> | <p>GENERALITÀ PAZIENTE</p> <p>(apporre l'etichetta identificativa)</p> |
|--|---|

dichiaro di

essere stata/o informata/o in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dr./Dr.ssa _____

- ✓ della diagnosi formulata alla conclusione della visita e/o degli esame/i diagnostici a cui sono stato sottoposto:

inserire la diagnosi

- ✓ della necessità di sottopormi a:

inserire intervento chirurgico/procedura

BIOPSIA STEREOTASSICA

- ✓ delle patologie concomitanti che costituiscono un rischio individuale specifico tale da influenzare il rischio di complicanze:

indicare le patologie

NULLA DA SEGNALARE

- ✓ delle alternative terapeutiche all'intervento chirurgico/procedura proposto

Il presente modulo viene consegnato al paziente in previsione dell'intervento chirurgico / procedura, a completamento di quanto già espresso verbalmente, per informarla dei rischi e dei benefici connessi all'operazione prevista ed ottenere il Suo consenso informato. Tale atto, indispensabile e previsto dalla legge, viene richiesto a tutela del malato e non al fine di sollevare il medico dalle responsabilità professionali. Si prega di leggere per esteso il documento prima di firmarlo, rivolgendosi al medico dell'Unità Operativa / Servizio per ogni eventuale chiarimento.

Dopo aver letto queste notizie e dopo averne parlato con il medico responsabile delle sue cure o con il medico che eseguirà l'intervento necessario, il paziente sottoscriverà questo consenso al trattamento proposto od opporrà un suo rifiuto. In quest'ultima spiacevole condizione nulla cambierà nei rapporti tra il paziente ed i medici del reparto che continueranno ad impegnarsi per fornire il miglior trattamento possibile anche senza quello proposto, ritenuto assolutamente necessario. Deve essere chiaro che la mancata esecuzione della procedura terapeutica proposta, implicherà l'aumentato rischio di mortalità o una rilevante riduzione dei risultati terapeutici.

1. CHE COS'È LA BIOPSIA STEREOTASSICA?

La biopsia stereotassica è un tipo di biopsia che utilizza un sistema preciso di localizzazione delle lesioni non palpabili e delle microcalcificazioni della mammella.

2. A COSA SERVE?

La biopsia stereotassica permette il prelievo di diversi campioni di tessuto mammario attraverso l'introduzione di un ago del diametro di pochi millimetri collegato ad un sistema di aspirazione.

Tale tipo di biopsia consente l'analisi istologica del tessuto mammario prelevato dalla lesione riducendo al minimo i casi con diagnosi dubbia

3. IN CHE COSA CONSISTE LA PREPARAZIONE?

In previsione della procedura è richiesto un prelievo del sangue per escludere eventuali difetti di coagulazione che potrebbero scongiurare l'esecuzione dell'esame.

In caso di assunzione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti sarà necessario consultare lo specialista di riferimento (cardiologo, ematologo) circa una eventuale sospensione dei medesimi nei giorni precedenti la biopsia.

In funzione dell'inquadramento clinico/anamnestico, il giorno della biopsia potrebbe essere posizionato un agocannula in un vaso venoso periferico dell'arto superiore; ciò al fine di gestire al meglio eventuali eventi avversi.

Si ricorda che lo stato di gravidanza è una controindicazione relativa all'esecuzione di procedure radiologiche. Per tale motivo in caso di stato di gravidanza dubbio o accertato occorre avvisare il personale dell'équipe.

4. QUANTO DURA L'ESAME?

L'esame dura circa 30/40 minuti ed è eseguito con la persona assistita in posizione seduta di fronte all'apparecchiatura

5. COME SI ESEGUE LA BIOPSIA STEREOTASSICA?

Inizialmente si acquisiscono dei radiogrammi della mammella finalizzati alla centratura della zona di interesse.

Successivamente, previa disinfezione della cute ed anestesia locale, viene effettuata una piccola incisione cutanea che permette l'inserimento dell'ago nel tessuto mammario. Una volta raggiunta la lesione o le microcalcificazioni vengono effettuati i prelievi biotipici che consentiranno la rimozione parziale o completa della regione di interesse.

In caso di rimozione completa della lesione o delle microcalcificazioni potrà essere posizionata, attraverso l'ago, una clip in titanio che rimarrà nella sede del prelievo come repere.

6. POSSIBILI COMPLICANZE

Occasionalmente durante uno dei passaggi della procedura può essere avvertito un momentaneo dolore dovuto alla puntura di un piccolo nervo. Questa eventualità è poco frequente e non prevedibile.

La biopsia può comportare un sanguinamento con conseguente formazione di ematoma che generalmente si risolve spontaneamente nei giorni successivi (15-20 giorni); in rarissimi casi il sanguinamento richiede un piccolo intervento chirurgico per evacuare l'ematoma.

L'anestetico locale (es. Lidocaina) può in rari casi comportare dei disturbi del ritmo cardiaco oppure determinare una reazione allergica.

Molto raramente si verifica un'infezione o l'intervento causa una lesione della pelle o della parete toracica. Anche una cicatrizzazione eccessiva (cheloide) è una complicanza rara.

7. COSA SUCCEDDE DOPO L'ESAME?

A procedura terminata il personale dell'équipe procederà all'applicazione di cerotti sterili sulla cute, ghiaccio e medicazione compressiva.

Il tessuto prelevato verrà inviato in anatomia patologica per essere analizzato.

La persona assistita verrà tenuta in osservazione per circa 30 minuti prima di essere dimessa.

8. COSA SUCCEDDE NEI GIORNI SUCCESSIVI ALLA BIOPSIA?

Prudenzialmente è consigliabile non eseguire attività sportiva e non sollevare pesi nelle 24-36 ore successive alla biopsia.

Si consiglia di non bagnare la sede dell'incisione nei tre giorni successivi alla procedura.

La posizione obbligata assunta durante l'esame potrà causare indolenzimento del collo e della spalla.

Il personale dell'équipe senologica è a disposizione per qualsiasi domanda e/o perplessità.

È possibile rivolgersi alla Segreteria di Diagnostica per Immagini al numero 0331 476 340

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

*in caso di assenza di etichetta identificativa paziente
compilare i dati sottostanti*

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ il ____/____/____

GENERALITÀ PAZIENTE

(apporre l'etichetta identificativa)

dichiaro di

- aver letto e compreso l'informativa specifica, parte integrante di questo consenso
- essere stato adeguatamente informato sul mio stato di salute, sulle modalità di esecuzione terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura propostami, sulle finalità diagnostiche/terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura stessa, sulle complicanze più frequenti, sui rischi e sui benefici del trattamento, sulle alternative di cura e sulle eventuali conseguenze da rifiuto del trattamento stesso, sulla necessità, qualora si verificasse, di ricorrere a emotrasfusioni
- essere stato informato sull'equipe che esegue l'intervento chirurgico /procedura proposti
- essere stato adeguatamente informato sulle patologie concomitanti per le quali il rischio specifico dell'intervento proposto/procedura risulta essere aumentato
- avere compreso e discusso con il medico le informazioni che mi sono state fornite
- essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento
- di autorizzare i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico/procedura se ne ravvisasse la necessità, a modificare il programma chirurgico prospettatomi e preventivamente concordato
- aver riferito al medico la mia storia clinica e tutte le terapie convenzionali e alternative che sto assumendo

e quindi in piena consapevolezza

ACCETTO

RIFIUTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA
ad INTERVENTO CHIRURGICO/PROCEDURA sopraindicato

Informazione data al paziente tramite INTERPRETE e/o in presenza di TESTIMONE

Nome e Cognome dell'INTERPRETE

Firma

Nome e Cognome del TESTIMONE

Firma

INCAPACITA' D'INTENDERE e DI VOLERE

• Sì

Nome e Cognome del TUTORE LEGALE

Firma

PAZIENTE MINORE

**il consenso del paziente minore deve essere sottoscritto da entrambi i genitori*

Firma madre

Firma padre

Firma Tutore legale

Firma giudice tutelare

Data: ____/____/____

Firma paziente **X** _____

Timbro e Firma Medico **X** _____