

Consenso informato Biopsia con MAMMOTOME®

Il Dott. _____ riferisce riguardo la procedura Mammotome.

DESCRIZIONE PROCEDURA

Abbiamo l'obbligo di informarLa circa lo svolgimento dell'esame e sulle eventuali complicanze che potrebbero verificarsi.

Questo tipo di biopsia utilizza la stereotassi come guida per il posizionamento dell'ago, per mezzo del quale possiamo ottenere dei campioni di tessuto, dal nodulo o dall'area con alterata struttura, che ci consentiranno di effettuare un esame istologico.

RISCHI DELLA METODICA

La procedura si esegue in anestesia locale.

Occasionalmente, durante uno dei passaggi, può essere avvertito un momentaneo dolore, dovuto alla puntura di un piccolo nervo. Questa eventualità è poco frequente e non prevedibile. La possibilità di infezione, sanguinamento, pneumotorace è rara.

EVENTUALI DISTURBI

Nei giorni immediatamente successivi alla biopsia potrebbe essere avvertito un modesto dolore ed arrossamento della cute nell'area in cui è stato eseguito il prelievo.

RISULTATI E INDICAZIONI

L'esame istologico eseguito sui frustoli biotici permette una diagnosi della lesione in una elevata percentuale di casi. Pertanto se il giudizio istologico sarà di benignità le raccomandiamo un controllo clinico strumentale da concordare. Al contrario se l'esito deporrà per una lesione maligna la invieremo allo specialista senologo clinico di riferimento.

Il medico radiologo che eseguirà il prelievo biotico valuterà la necessità di lasciare a dimora nella mammella una piccola clip metallica amagnetica rivestita da materiale biologico (collagene bovino), che non interferirà con eventuali indagini di Risonanza Magnetica.

Tale clip marcherà il sito del prelievo, al fine di un eventuale reperimento chirurgico.

CONSENSO

Io sottoscritta _____ dichiaro di essere stata informata riguardo la procedura della biopsia stereotassica con MAMMOTOME e sugli eventuali rischi e conseguenze che da essa possono derivare.

Confermo di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura.

Firma e timbro del medico

Firma leggibile della Paziente

.....

.....

Data.....