



**Consenso informato per Agobiopsia aspirativa stereotassica con
SELENIA DIMENSIONS, MODULO AFFIRM e SUROS con MANIPOLO EVIVA**

Il Dott. _____ riferisce riguardo la procedura

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

Gentile Signora,
per consentirLe una migliore comprensione della procedura che le è stata proposta, la invitiamo a leggere il presente testo informativo predisposto con lo scopo di illustrarLe lo svolgimento della stessa e le eventuali complicanze che potrebbero verificarsi.

Questo tipo di biopsia utilizza la stereotassi come guida per il posizionamento di un ago per mezzo del quale possiamo ottenere dei campioni di tessuto, dal nodulo o dall'area con struttura alterata, 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 o pneumotorace è rara.

EVENTUALI DISTURBI

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

RISULTATI E INDICAZIONI

L'esame istologico, eseguito sui frustoli bioptici, permette una diagnosi della lesione in una percentuale molto elevata di casi. Pertanto, se il giudizio istologico sarà di benignità, le raccomanderemo 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 bioptico valuterà la necessità di lasciare a dimora nella mammella una piccola clip metallica amagnetica 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 agobiopsia aspirativa stereotassica 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.

Data

Firma del medico

Firma leggibile della Paziente

.....

.....

.....