



CASA DI CURA PRIVATA  
ACCREDITATA SSN  
LEGGE n° 724/1994, art. 6  
**GIOVANNI XXIII**  
31050 MONASTIER (TV)  
Via Giovanni XXIII, 7

**SERVIZIO DI  
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**  
Tel. 0422 896710 - Fax 0422 896 507  
E-mail: radiologia@giovanni23.it

MOD. RAD09  
Rev.00 08/10/2014  
Pag.1 di 1

**Consenso informato per Agobiopsia aspirativa stereotassica con guida RM  
SUROS con MANIPOLO ATEC**

Il Dott. \_\_\_\_\_ riferisce riguardo la procedura

**DESCRIZIONE 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 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 o pneumotorace è rara.

**EVENTUALI DISTURBI**

Nei giorni immediatamente successivi alla biopsia potrebbe essere avvertito un modesto dolore e 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 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 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 sotto guida RM 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**

.....

.....

.....