



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
AGOBIOPSIA MAMMARIA /AGOASPIRATO MAMMARIO

Alle ore _____ del _____ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ il quale dichiara

di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato

rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni

indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece:

essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. _____;

in particolare è stata fornita un'informazione dettagliata riguardo alla procedura di:

Agobiopsia mammaria /Agoaspirato mammario

Tali procedure consistono nel prelievo con ago (ago sottile, tranciante o con sistema aspirativo), di cellule o frammenti di tessuto dalla lesione descritta alla palpazione, alla mammografia o all'ecografia.

Prima del prelievo viene praticata iniezione di anestetico locale (tranne nel prelievo citologico).

Il materiale prelevato viene inviato in Anatomia Patologica per la tipizzazione.

Il risultato dell'esame istologico (se agobiopsia) o citologico (se agoaspirato) deve essere valutato alla luce del sospetto diagnostico formulato sulla base di esame clinico, mammografia ed ecografia; per questo motivo Le verrà consegnato a mano dal Medico Radiologo, che Le spiegherà come procedere.

In caso di esame istologico o citologico negativo (lesione benigna) o inadeguato, se , dalla rivalutazione degli esami eseguiti, si ipotizza lesione benigna, verrà invitata a sottoporsi a controllo, con ecografia, mammografia o eventuale risonanza magnetica, a breve distanza di tempo. Normalmente siamo in grado di fissare la data del controllo o di farLa contattare per definirla. Qualora, in quest' ultimo caso, non dovesse ricevere alcuna chiamata, La preghiamo di volerci contattare **direttamente (080555324 h 10.30-14.00)**.

Complicanze: esistono dei rischi, che sono l' infezione ed il sanguinamento. L'infezione è assai rara, anche perché vengono rispettate tutte le regole per operare in condizioni di sterilità. Il sanguinamento solitamente si limita ad un ematoma. Evento raro, ma descritto, è il pneumotorace, ovvero la puntura accidentale della pleura polmonare. In caso di protesi mammaria esiste il rischio di bucare la protesi. Siamo comunque a sua disposizione per eventuali chiarimenti.

Pertanto il paziente è / gli sono

stato/a inoltre informato delle possibilità terapeutiche delle complicanze sopra descritte.

state inoltre illustrate le terapie alternative e le conseguenze di eventuali conseguenze in caso di non esecuzione di tale trattamento così sintetizzabili:

Il Paziente comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarlo/la da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile, o da un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'esame con la tecnica proposta, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo.

Sono stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica *pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera*

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore _____

Dichiara che quanto sopra descritto

era / NON era stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.

Dichiara di

essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente

non esserlo stato

Dichiara, altresì, di

avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto

non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti

di porre le seguenti domande:

a cui viene fornita esauriente risposta NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

Acconsente **Non acconsente** al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

Autorizza **Non autorizza** inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Autorizza **Non autorizza** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsente** **Non acconsente** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore _____ del _____

Firma del Medico

Firma del/della paziente

REVOCA del Consenso

In data _____ alle ore _____ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico _____ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: _____

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: _____

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): _____

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: _____

a cui viene fornita esauriente risposta NON viene fornita esauriente risposta

alle ore _____

il paziente

Revoca il consenso precedentemente manifestato

NON lo revoca

Firma Paziente _____

Firma Medico _____