



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**  
**CONSENSO INFORMATO**  
**BIOPSIA CON MAMMOTONE**

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:

**Biopsia con MAMMOTONE**

Questo tipo di biopsia utilizza la Stereotassi come guida per il posizionamento dell'ago, per mezzo del quale possiamo ottenere dei campioni di tessuto, da nodulo o dall'area con alterata struttura, che ci consentiranno di effettuare un esame istologico. La biopsia sotto guida stereotassica (in gergo chiamata Mammotome) viene praticata in anestesia locale, mediante una piccola incisione nella parte indicata. Presenta quindi le normali precauzioni legate all'uso di anestetici concordate con lo specialista.

Esistono due diverse possibilità di esecuzione: tecnica con stereotassi in posizione quasi seduta e tecnica con stereotassi vacuum assistita (Mammotome) in posizione prona; la scelta dipende generalmente dal tipo di apparecchiatura adoperata.

Per l'esecuzione in posizione prona, la paziente è coricata su un lettino. Per l'esecuzione in posizione seduta, la paziente viene fatta sedere di fronte all'apparecchiatura. Si eseguono radiogrammi per la centratura. Se viene eseguita con apparecchiature tradizionali, può essere relativamente lunga (20-40 minuti) e in alcuni casi fastidiosa, a causa della prolungata compressione della mammella. Subito dopo il prelievo può essere utile comprimere manualmente la zona interessata per alcuni minuti per ridurre il

rischio di sanguinamento.

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 è rara.

Per la diagnosi delle lesioni dubbie, un'alternativa alla biopsia con Mammotome è quella di seguire con la mammografia l'eventuale evoluzione dell'alterazione nel tempo. Il rischio è quello di poter ritardare una diagnosi di malignità.

Nei giorni immediatamente successivi alla biopsia potreste avvertire un modesto dolore, arrossamento della cute nell'area in cui è stato eseguito il prelievo. Le complicanze che possono verificarsi sono le seguenti: \_\_\_\_\_

L'esame istologico eseguito sui frustoli biotici permette una diagnosi definitiva della lesione in una elevata percentuale di casi. Pertanto se il giudizio istologico sarà di benignità le raccomanderemo un controllo clinico strumentale a breve distanza (in genere 6 mesi), al contrario se l'esito deporrà per lesione maligna la guideremo al successivo trattamento chirurgico.

Il medico che la sottoporrà al prelievo biotico valuterà la necessità di lasciare a dimora nella mammella una piccola clip amagnetica che agevolerà nei successivi controlli il riconoscimento della alterazione e permetterà di costatarne le eventuali modificazioni nel tempo.

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 \_\_\_\_\_