

# IRCCS ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II SC RADIOLOGIA DIAGNOSTICA DIRETTORE FF DOTT.SSA PIA PERROTTI

Viale Orazio Flacco, 65 70124 Bari

## INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE CONSENSO INFORMATO

### MAMMOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA INIETTIVA(CESM)

Alle ore							to/a
□ di non rifiuta indicato	re di ricevere	le informazio	ni inerenti	la propria	patologia	e il trattame	ento
□ rifiutare in tu trattamento	•						
□ indica i seguer esprimere il con		•	a fiducia inc	aricati di ri	cevere le i	nformazioni e	di
□ essere Prof./Dott		•	modo	chiaro	e con	nprensibile	dal
in particolare <b>MAMMOGRAF</b> IA				_	_	lla procedura	di

La MAMMOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA INIETTIVA consiste nell'esecuzione di un esame mammografico bilaterale dopo somministrazione endovenosa di m. d. c L'esame ha una durata di 15 minuti.

Si tratta di un esame di approfondimento diagnostico che ha tra le principali indicazioni : lo studio di estensione di CR mammario in fase prechirurgica, risposta alla chemioterapia neoadiuvante, diagnosi differenziale tra cicatrice e recidiva, studio di lesioni dubbie e/o sospette alla mammografia /ecografia,risonanza magnetica non conclusiva e/o in alternativa per pazienti claustrofobiche e/o incompatibili con la risonanza magnetica.

Per l'esecuzione dell'esame che prevede l'utilizzo del m.d.c. è necessario un digiuno di almeno sei ore, con l'esclusione di farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua.

La MAMMOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA INIETTIVA è un esame solitamente ben tollerato, non ha controindicazioni relative all'età mentre è fortemente condizionato dalla compresenza di altre patologie (quali asma, diabete, allergie, insufficienza renale ecc.) ovvero dall'assunzione di terapia DESENSIBILIZZANTE nel qual caso il trattamento non può essere eseguito se non viene sospesa l'assunzione del farmaco 48 ore prima e dopo l'esame previo consulto col medico curante.

#### **Eventi avversi e COMPLICANZE**

Dopo l'iniezione di m.d.c. si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa. E' possibile che durante e dopo la somm.ne di m.d.c iodato si verifichino effetti indesiderati legati a reazioni allergiche che possono essere immediate o tardive. In rapporto al grado di severità le reazioni possono essere lievi (nausea, vomito, dolore nella sede dell'iniezione), moderate (dispnea, ipotensione,tachicardia,) o eccezionalmente a rischio per la vita( gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta), reazioni ritardate(da un'ora dall'inizio fino a sette giorni), che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome similinfluenzale, disturbi gastrointestinali. Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate, è consigliato recarsi al Pronto Soccorso. Durante l'infusione a bolo di mezzo di contrasto, vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso sanguigno con conseguente stravaso del m.d.c.

In questo caso, la tumefazione sarà trattata con pomate sintomatiche e impacchi caldo umidi e posizionamento del ghiaccio, eventualmente da proseguire a domicilio.

	conoscere scrittore.	eventuali	alternative	al	trattamento	bisogna	far	riferimento	al	Me
A ta	l riguardo il	Paziente di	chiara di esse	ere:						
-Sta	to di gravida	nnza	SI		NO [		NON	I SO 🗌		
Ave	re le seguen	ti malattie	note (barrare	e co	n x affianco):					
-Asr	na									
-Dia	bete									
-Ma	lattia allergi	ca trattata	farmacologic	am	ente					
-Ins	ufficienza re	nale								

-Es. ciclosporine, cisplatino, amino glicosidi, betabloccanti, interleuchina 2, idralazina...)

-Assunzione recente di farmaci nefrotossici (se si specificare.....

-Prece	edente somministrazione di n	n.d.c:	SI	NO 🗌
-Prece	edenti reazioni allergiche a fa SI (specificare quali)			IZZANTE INDICATA
	NO			
Attua	e terapia con ipoglicemizzan	ti orali come : G	lucophage , metfor	rmina:
!	<b>—</b>			ACO 48 ORE PRIMA E DOPC sulto con il medico curante
N	o 🗌			
Esam	i di laboratorio indicati nel pr	omemoria (valid	dità max: 2 mesi)	
Pertal	nto il paziente è / gli sono stato/a inoltre informato descritte. state inoltre illustrate le ter in caso di non esecuzione d sintetizzabili:	apie alternative	e le conseguenze	
•	Il Paziente comunque cons pericolo imminente e non a constatassero difficoltà ad atto tutte le pratiche che pericolo.	altrimenti evitab eseguire l'esam	oile, o da un danno e con la tecnica p	grave alla persona, o se si roposta, verranno poste in
	stato/a altresì informato/a che arica <i>pertanto in caso di tale</i> aliera	•		·

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 prospettatomi e preventivamente
concordato.
Autorizza   Non autorizza   l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi 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 $\Box$ Non acconsente $\Box$ che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeuti	che
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 garan	ızie
per i diritti e le libertà del sottoscritto.	
□ <b>DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO</b> 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	
Firma del Medico Firma del/della paziente	

### **REVOCA del Consenso**

In data	alle ore	il/la pazient	e manifesta la	propria int	enzione di
revocare il consenso	sopra espresso.				
il Medico	prospetta	a al paziente (e ai s	suoi familiari poi	ché vi ha co	nsentito) le
conseguenze di tale	decisione sintetizzabili co	ome segue:			
il Medico descrive le	possibili alternative sinte	entizzabili come seg	gue:		
Il Medico propone	di intraprendere le seg	guenti azioni (anch	e avvalendosi d	ei servizi di	assistenza
psicologica):					
II Paziente, aver	ndo ben compreso	quanto descritto	dal Medico	pone le	seguenti
domande:					
a cui 🗆 viene fornita	esauriente risposta 🗆 NC	ON viene fornita esa	uriente risposta		
alle ore					
il paziente					
□ Revoca il consenso	precedentemente mani	ifestato			
□ NON lo revoca					
Firma Paziente					
Firma Medico					