



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
BIOPSIA MAMMARIA CON SISTEMA VABB (MAMMOTOME)

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 MAMMARIA CON SISTEMA VABB (MAMMOTOME)

DESCRIZIONE PROCEDURA

Abbiamo l'obbligo di informarLa circa lo svolgimento dell'esame e sulle 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, da 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 è rara.

ALTERNATIVE A QUESTA METODICA

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.

EVENTUALI DISTURBI

Nei giorni immediatamente successivi alla biopsia potreste avvertire un modesto dolore, arrossamento della cute nell'area in cui è stato eseguito il prelievo.

RISULTATI E INDICAZIONI

L'esame istologico eseguito sui frustoli bioptici 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 bioptico 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 stato/a inoltre informato/a delle possibilità terapeutiche delle complicanze sopra descritte. Sono 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.

Il/La paziente è 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 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** **Non acconsente** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste, restando nell'esclusiva disponibilità dell'Ente, 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 _____