



**MODULO INFORMATIVO, QUESTIONARIO ANAMNESTICO E CONSENSO
INFORMATO
DUTTO-GALATTOGRAFIA**

PARTE RISERVATA AL PAZIENTE O GENITORI O AVENTI TUTELA LEGALE

Dati identificativi

Nome e Cognome del Paziente _____
nato/a a _____ il _____

Dati identificativi dei genitori/aventi tutela legale del minore di età

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di: madre padre tutore

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di: madre padre tutore

NB: In caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione/atto di notorietà.

Paziente privo in parte/del tutto di autonomia decisionale

Nome e Cognome del Legale rappresentante _____

nato/a a _____ il _____

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del Legale rappresentante

1

INFORMAZIONI UTILI SULLA PROCEDURA DI DUTTO-GALATTOGRAFIA

CHE COS'E': è la metodica radiologica d'elezione per lo studio dell'albero duttale mammario.

QUANDO SI FA: può essere eseguita in caso di secrezione sierosa o ematica mono-orifiziale dal capezzolo, per scoprirne l'eventuale causa e la sede nel sistema duttale. È necessario che la secrezione dal capezzolo, spontanea o provocata da una leggera compressione, sia in atto al momento dell'esame, al fine di poter individuare con precisione l'orifizio del dotto secernente.

COSA SAPERE PRIMA DELL'ESAME: non è necessario essere digiune o cessare eventuali terapie in corso. Le fasi del ciclo mestruale non influenzano la qualità dell'immagine. Non sono note importanti reazioni al mezzo di contrasto introdotto nel sistema duttale, salvo particolari e rare predisposizioni individuali. A volte vi può essere un bruciore o un fastidio prima o durante la procedura legate alla penetrazione del piccolo catetere e allo spandimento del mezzo di contrasto. La dose radiante somministrata è tra le più basse nell'ambito degli esami radiologici e corrisponde a quella di una mammografia mono-laterale: in ogni caso la paziente è tenuta a comunicare al medico una possibile gravidanza in atto prima di iniziare l'esame.



S.S.D. Radiologia Senologica

Dirigente Responsabile Dott. Daniele La Forgia

COME SI SVOLGE: la procedura si divide in due fasi: l'introduzione di pochi millilitri di mezzo di contrasto nel dotto galattoforo secernente previo cateterismo selettivo e l'esecuzione delle radiografie. La procedura può risultare in alcuni casi indaginosa per il difficoltoso incannulamento e non è eseguibile in tutti i casi: nel caso di mancata esecuzione o dubbi interpretativi verranno fornite indicazioni sulla prosecuzione dell'iter. L'esame può essere fatto precedere da un campionamento citologico del secreto mammario incriminato.

DOPO L'ESAME: dopo la procedura la paziente può tornare alle attività quotidiane.

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN CASO DI DONNE IN ETA' FERTILE

In caso di gravidanza, anche solo probabile, è indispensabile avvertire il Medico Radiologo, poiché l'esame dovrebbe essere rimandato per motivi protezionistici.

Io sottoscritta escludo pertanto qualsiasi fondato sospetto di gravidanza in atto al momento dell'esame radiologico (di tipo radiografico, TC, RM)

Data _____ Firma _____

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Data _____

Nome e Cognome dell'Interprete _____

Firma dell'Interprete _____

Documento _____

Nome e Cognome del Testimone _____

Firma del Testimone _____

Documento _____

Data _____



ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI DUTTO-GALATTOGRAFIA

Io sottoscritto/a _____ informato dal Dott. _____

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente: Dutto-galattografia.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute

Dichiaro di:

- non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre quelli che mi sono stati già forniti.
- richiedere le seguenti ulteriori informazioni relative all'atto sanitario e le sue possibili complicità:

Domanda _____

Risposta _____

Domanda _____

Risposta _____

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".

Secondo le disposizioni del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs 196/2003 e succ. modifiche D.Lgs 101/2018) e del Regolamento generale sulla protezione degli stessi (UE 2016/679),

- presto il consenso all'utilizzo dei miei dati personali ove richiesto anche per scopi di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epistemologico secondo quanto prescritto nel modulo Privacy contenuto nel sito web dell'Istituto alle voci [privacy/informative-consensi-modulistica/03](http://www.sanita.puglia.it/web/irccs/privacy/informative-consensi-modulistica/03) Mod.03 informativa privacy ricerca.

Valutate le informazioni ricevute, con la presente dichiarazione, da considerare come manifestazione piena, libera e incondizionata della mia volontà

accetto la somministrazione di m.d.c.

rifiuto la somministrazione di m.d.c.

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Data _____ Firma paziente (o tutore) _____



ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE, INTERDETTO O CON AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Data _____

Firma del/i Genitore/i

Firma del Tutore

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

(Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso)

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/del Genitore/Amministratore di Sostegno _____

Firma Medico _____