



## DIAGNOSTICA PER IMMAGINI UNITA' OPERATIVA DI RADIOLOGIA

---

### CONSENSO INFORMATO SOTTOPORSI AD AGOASPIRATO / BIOPSIA MAMMARIA/

#### POSIZIONAMENTO DI REPERE MAMMARIO CON GUIDA ECOGRAFICA O MAMMOGRAFICA

##### CHE COS'È

Si tratta di una procedura che permette di individuare con precisione una lesione della mammella identificata con ecografia o mammografia e di stabilirne la natura (benigna o maligna). Quando l'esame viene eseguito con metodiche che utilizzano i raggi X (mammografia, mammografia stereotassica o tomosintesi), viene effettuato solo in presenza di una precisa indicazione clinica. In caso di gravidanza è importante informare sempre il medico, perché queste metodiche vengono evitate quando possibile.

##### A COSA SERVE

L'esame serve a diagnosticare le lesioni della mammella, sia benigne sia maligne, e a programmare la terapia più adeguata. Può inoltre essere utilizzato per guidare l'intervento chirurgico quando la lesione non è palpabile.

##### COME SI EFFETTUA

La procedura viene eseguita sotto guida ecografica o mammografica (stereotassica o con tomosintesi). Il medico inserisce un ago nella lesione per prelevare alcune cellule o un piccolo campione di tessuto da analizzare. In alcuni casi può essere posizionato anche un piccolo repere (punto di riferimento) che permette al chirurgo di individuare con precisione la lesione durante l'intervento.

##### TIPO DI PROCEDURA (SPUNTARE LA/E OPZIONE/I PREVISTA/E):

- Agoaspirato (esame citologico)** Prelievo di cellule dalla lesione mammaria mediante ago sottile; generalmente non richiede anestesia. Possono essere effettuati più prelievi
- Agobiopsia (esame istologico)** Prelievo di piccoli campioni di tessuto mediante ago di calibro maggiore, eseguito in anestesia locale. Possono essere effettuati più prelievi.
- Posizionamento di repere mammario** Posizionamento, tramite ago, di un piccolo punto di riferimento (marker o sottile filo metallico) per identificare una lesione non palpabile e guidarne l'asportazione chirurgica.

##### UTILIZZO DI RADIAZIONI IONIZZANTI

Per effettuare le procedure interventistiche sotto guida stereotassica/tomosintesi (biopsia, posizionamento di marker o filo guida preoperatorio) e per verificare la correttezza della localizzazione e/o del campionamento della lesione è previsto l'utilizzo di radiazioni ionizzanti in quantità trascurabile (indicazione classe di dose1, come previsto dalla normativa vigente, DLg. 101/20, recepimento della Direttiva Europea Euratom 59/13).

##### EVENTUALE COMPLICANZE

L'esame può risultare fastidioso e, in rari casi, doloroso. Durante le procedure effettuate sotto guida mammografica è necessario rimanere immobili più a lungo, per garantire la precisione del prelievo. Possono comparire **ematomi**, generalmente di piccola entità, che si risolvono spontaneamente nel giro di pochi giorni. Le **emorragie** sono rare, mentre le infezioni della mammella, come le mastiti, si verificano ancora più di rado. In casi molto rari possono verificarsi punture accidentali del cavo pleurico, con possibile pneumotorace, o danni a eventuali protesi mammarie.

##### RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria preparazione particolare; in caso di agobiopsia, previo parere medico, sospendere anticoagulanti o farmaci a base di acido acetilsalicilico 48 ore prima. Le altre terapie possono essere continuate normalmente.

**A CURA DEL MEDICO**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....  
dichiara di aver spiegato al/alla paziente .....  
la procedura, i benefici, i rischi e le alternative, secondo la procedura aziendale del consenso informato.

**Luogo e data:** ..... **Firma e timbro del medico:** .....

**A CURA DEL/ DELLA PAZIENTE**

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il / Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

**Dichiara di:**

1. Aver ricevuto informazioni chiare ed esaustive sulla procedura.
2. Sapere che può revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'esame.
3. Comprendere che l'indagine può essere interrotta su richiesta, senza pregiudicare l'assistenza, ma impedendo di ottenere i risultati.
4. Essere informato/a sull'uso di radiazioni ionizzanti, se previste.

**Scelta (barrare):**

- ACCETTO
- NON ACCETTO

**Luogo e data:** ..... **Firma del paziente:** .....

**Firma e timbro del medico:** .....

---

*Io sottoscritto/a* ..... **dichiaro**  
*di voler **REVOCARE** il consenso.*

*Data, ora* ..... *Firma* .....

*Data* ..... *Firma del medico* .....

---