

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-DI-04</b>
	<b>SERVIZIO DI RADIOLOGIA</b>	
	<b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER MAMMOGRAFIA</b>	
		Rev. n. 0
		Ultima Rev.: 29/03/2021

Gentile Utente,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.

Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

### **CHE COSA È LA MAMMOGRAFIA**

È un'indagine che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi x), a basso dosaggio, per la diagnosi della patologia mammaria.

È l'indagine di riferimento, nelle donne sopra i 40 anni, per la diagnosi precoce del cancro della mammella, anche di piccole dimensioni, ancora non palpabile (asintomatico).

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica; nelle donne in età fertile si deve escludere una gravidanza in corso.

### **COME SI EFFETTUA L'ESAME**

L'esame viene eseguito da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM) appositamente formato; comporta una lenta e progressiva compressione del seno, talvolta può essere fastidioso, raramente doloroso. Si acquisiscono due o più proiezioni radiografie per ciascun lato, secondo le indicazioni del Medico radiologo.

### **EVENTUALI COMPLICANZE**

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame. In caso di protesi esiste il rischio di rottura, solitamente dovuto più allo stato compromesso delle protesi che all compressione esercitata per la mammografia.

### **PREPARAZIONE NECESSARIA**

L'indagine non richiede alcuna preparazione e viene eseguita anche in presenza di protesi mammarie con opportuni accorgimenti, pertanto occorre informarne il Tecnico che esegue l'esame.

Il giorno dell'esame si raccomanda di:

- Non usare creme o borotalco perché potrebbero creare artefatti sulle immagini;
- Portare in visione la documentazione sanitaria precedente di interesse all'esame da effettuare (es. mammografie precedenti).

La prima mammografia è indicata intorno ai 40 anni (eventualmente prima in caso d'indicazione clinica), successivamente va ripetuta con periodicità suggerita dal Medico radiologo.

L'ecografia viene frequentemente utilizzata a completamento dell'indagine mammografica, a discrezione del Medico radiologo.

### **ANAMNESI:**

---



---



---



---

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME MAMMOGRAFICO**, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica ne autorizza l'esecuzione e firma in calce alla dichiarazione di consenso

<input type="checkbox"/> <b>NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER</b> .....	
Data _____	Firma del Medico _____

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Ricoverato (reparto: \_\_\_\_\_)  Non ricoverato

### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento identificativo \_\_\_\_\_

In qualità di:  GENITORE (se Paziente minorenni)  TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
 ALTRO \_\_\_\_\_

### PER LE DONNE IN ETA' FERTILE (art. 10 comma 4 e Allegato VI D.Lgs 187/2000)

**Le donne in età fertile devono valutare la possibilità di uno stato di gravidanza ed informarne il Medico Radiologo:** le radiazioni ionizzanti sono nocive all'embrione e al feto e possono causare danni quali: malformazioni, disturbi dell'accrescimento, ritardi mentali, leucemie od altri tumori pediatrici, interruzione della gravidanza.

**Dichiaro di:**

**NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

**Dichiaro di:**

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

- ACCONSENSO** all'esecuzione dell'esame MAMMOGRAFIA  
 **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame MAMMOGRAFIA

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

*In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso*

### REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

**\*\* Il CONSENSO INFORMATO del Paziente deve necessariamente essere stampato fronte / retro.**