

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-DI-04
	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	Rev. n. 1
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER MAMMOGRAFIA	Ultima Rev.: 01/02/2023

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.

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Età _____ Peso in kg _____

Recapito Tel. _____ Non ricoverato Ricoverato (Reparto: _____)

ANAMNESI:

Documentazione precedente Note:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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"/> NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER Data _____ Firma del Medico _____
--

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

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 minorenne) 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

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

Firma del Paziente _____
(o del Titolare del consenso)

Data _____

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.

Firma del Paziente _____
(o del Titolare del consenso)

Data _____

Firma del Medico _____

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