

CHE COS'E': si tratta di procedura minimamente invasiva indispensabile per una precisa definizione di natura della lesione target.

A COSA SERVE: l'indagine è indicata per la diagnosi citologica o istologica di lesioni dubbie ai fini di poter pianificare l'eventuale più opportuna terapia.

COME SI EFFETTUA: la procedura di agoaspirato/agobiopsia prevede, sotto guida ecografica, il posizionamento di un ago nella lesione per effettuare un prelievo di cellule o tessuto.

- AGOASPIRATO (esame citologico). Si esegue con un ago sottile, lo stesso utilizzato per iniezioni intramuscolo, senza anestesia. E' prevista l'esecuzione di prelievi multipli nella stessa lesione.
- AGOBIOPSIA (esame istologico). Rispetto all'agoaspirato l'ago utilizzato è di maggior calibro e per tale motivo si pratica l'anestesia locale. Generalmente vengono effettuati multipli prelievi nella stessa lesione (4-5).

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE: l'esame può essere fastidioso, raramente doloroso.

La complicanza più frequente è rappresentata dagli ematomi, generalmente di modesta entità e a risoluzione spontanea in pochi giorni; più rare le infezioni e le emorragie.

Per le biopsie mammarie esiste il rischio molto remoto di puntura accidentale del cavo pleurico con conseguente pneumotorace o di bucare le eventuali protesi.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria nessuna preparazione.

Per ridurre il rischio di sanguinamento in caso di agobiopsia, occorre, sentito il proprio Curante, valutare l'opportunità di sospendere o sostituire l'assunzione di farmaci anticoagulanti o a base di acido acetilsalicilico (aspirinetta) nelle 48 ore precedenti la biopsia. Non è invece necessario interrompere altre eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELL' AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di GENITORE, TUTORE LEGALE di _____

Informato dal Dott. _____ **sul tipo di indagine da eseguire (Agoaspirato/Biopsia); 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 relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti); **valutare** le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato**

ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame

RIFIUTO l'esecuzione dell'esame

Data _____ Firma del paziente _____ Firma del Medico _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/_____

REVOCA il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data _____

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante _____

Firma del medico responsabile _____