

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome (paziente) _____

Data di nascita _____ Peso (kg) _____ Sesso Maschile Femminile

Esame Richiesto _____

Quesito Clinico _____

EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presenti

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Malattie respiratorie (Enfisema, BPCO) | <input type="checkbox"/> Diabete |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia o Insufficienza Renale | <input type="checkbox"/> Malattie di cuore |
| <input type="checkbox"/> Asma o Allergopatia trattata farmacologicamente | <input type="checkbox"/> Facilità al sanguinamento/ in terapia anticoagulante se SI, specificare _____ |

In caso di terapia anticoagulante orale (Coumadin, Aspirina, Cardioaspirina, Aspirinetta, ecc.) valutare con il proprio medico curante la sospensione del farmaco al fine di ridurre il rischio di sanguinamento.

PER LA DONNA: stato di gravidanza SI NO

Data _____

Timbro e Firma per esteso del **Medico Curante** o Specialista

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

MODALITA': La biopsia percutanea è una procedura che consente di prelevare un campione di tessuto per mezzo di un ago. L'ago, del calibro di pochi millimetri, verrà introdotto nella sede della lesione previa anestesia locale in caso di biopsia. Se la lesione non è palpabile, l'ago verrà introdotto sotto guida ecografica o stereotassica. La biopsia viene condotta previa piccola incisione del derma. Dopo il prelievo verrà valutata la necessità di lasciare nella sede della lesione una piccola clip metallica amagnetica che renderà più facile l'identificazione della zona stessa nel tempo o la sua localizzazione preoperatoria, quando necessario. L'esame può durare 30-45 minuti e al termine è necessario effettuare una compressione di 15 minuti per evitare l'emorragia. L'esame citologico/istologico eseguito sul materiale prelevato, potrà permettere in una elevata percentuale di casi, di caratterizzare la lesione e indirizzare il successivo iter diagnostico-terapeutico. L'alternativa al prelievo è la biopsia chirurgica. Qualora il giudizio diagnostico conclusivo-integrato sia di benignità della lesione, Le raccomanderemo i controlli periodici ed eventuali ulteriori approfondimenti diagnostico-terapeutici.

Il medico radiologo prima dell'inizio dell'esame sarà a Sua disposizione per fornirLe ogni altra eventuale spiegazione e per chiarirLe qualsiasi dubbio.

TEMPI: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 30/60 minuti circa.

DOPO L'ESAME: seguire le indicazioni del medico radiologo e avvisare il personale se dovessero comparire dei disturbi.

POSSIBILI COMPLICAZIONI: La complicanza più frequente è un lieve dolore nella sede di introduzione dell'ago, dovuto alla stimolazione nervosa. Questa eventualità è poco frequente e non prevedibile. Le complicanze connesse alla manovra possono essere: emorragie, ematomi, infezioni, perforazioni della pleura, e solamente in questi casi rari potrebbe essere necessario un ricovero o un intervento chirurgico.

La posizione obbligata durante l'esame potrà causarle un certo indolenzimento al collo o alle spalle. Nei giorni successivi alla biopsia potrebbero comparire fastidi nell'area in cui è stato effettuato il prelievo, che scompariranno dopo il riassorbimento dell'ematoma.

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig. _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di:

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine: **con MdC** **senza MdC**
 Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data _____

Firma ✓ _____

del paziente o genitore o tutore legale o
amministratore di sostegno (nei casi previsti)

- Revocare** il consenso alla precitata procedura in data _____
consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Data _____

Firma del paziente o genitore o tutore legale o
amministratore di sostegno (nei casi previsti)

PARTE RISERVATA AL MEDICO RADIOLOGO

CONSULTO CON ANESTESISTA **SI** **NO**

ACCETTAZIONE DELL'ESAME **SI** **NO** _____
(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON _____

Firma del Medico Radiologo