



INFORMATIVA PER LA PAZIENTE DA SOTTOPORRE A MAMMOGRAFIA

Gentile sig.^{ra} _____

viste le notizie anamnestiche che ci ha fornito, e la specifica richiesta del prescrittore (Medico Specialista Ginecologo, Medico di Medicina Generale) Lei verrà sottoposta a Mammografia.

La mammografia, eventualmente integrata con l'ecografia mammaria, è – al momento – l'indagine diagnostica di routine più affidabile per evidenziare i tumori della mammella.

L'indagine prevede solitamente l'esecuzione, in pochi minuti, di due proiezioni per mammella, che vengono effettuate comprimendo la mammella stessa su un supporto rigido: ciò comporta un momentaneo dolore, che si risolve rapidamente, così come accade per l'arrossamento cutaneo che talora può comparire alla compressione.

La dose di radiazioni ionizzanti dovuta alla mammografia è minima e non è fonte di pericolo né di preoccupazione per le pazienti.

Nelle donne in età fertile va comunque esclusa un'eventuale gravidanza.

L'eventuale integrazione con ecografia sarà decisa a giudizio del Medico Specialista Radiologo a seconda della densità mammaria visibile con la mammografia.

Anche ulteriori altre indagini successive, quali l'ago-aspirato, verranno consigliate a giudizio del Medico Specialista Radiologo.

La mammella è un organo estremamente variabile da soggetto a soggetto e nelle diverse età della vita, talora con struttura poco favorevole alla diagnosi; i tumori mammari presentano forme diverse ed iter evolutivo differente, talora simulando lesioni benigne.

In determinati casi, solo la definizione istologica con biopsia chirurgica è dirimente.

Le tecniche di indagine (mammografia, ecografia mammaria, citologia, biopsia etc.), anche complessivamente, raggiungono, pur in mani molto esperte, valori di sensibilità intorno all'85%.

Proprio per tale motivo vengono proposti periodici controlli temporali, allo scopo di evidenziare comunque, in modo sufficientemente tempestivo e prognosticamente efficace, una eventuale lesione tumorale prima non evidente.



CONSENSO INFORMATO PER MAMMOGRAFIA

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, i dati seguenti vengono raccolti ai soli fini del consenso informato all'atto medico. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuata la procedura.

La sottoscritta _____
dichiara:

- ▶ di aver preso visione di tutte le parti del modello informativo sulla Mammografia e di avere discusso in maniera approfondita con il/la dr./dr.^{ssa} _____ il/la quale ha fornito risposte chiare, esaurienti e complete a tutte le domande formulate;
- ▶ di essere pertanto a conoscenza e consapevole dei possibili risultati e dei benefici ragionevolmente attesi, dei possibili rischi correlati all'esecuzione dell'esame e degli eventuali problemi di recupero, degli eventuali effetti collaterali conosciuti, delle alternative possibili, delle eventuali conseguenze in caso l'indagine non venga effettuata ed, infine, dei diritti e responsabilità in caso di rifiuto o interruzione dell'indagine;
- ▶ di essere consapevole che è libero/a di ritirare o modificare il proprio consenso in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni;
- ▶ di essere stata informato che tutti i dati personali raccolti verranno archiviati nel pieno rispetto delle normative vigenti sulla tutela della sicurezza dei dati personali.

Sulla base di quanto sopra, certa comunque che un eventuale rifiuto non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, formula pertanto il proprio

(1) _____

(1) scrivere: "consenso" o "diniego"

a sottoporsi alla Mammografia, conscia che da parte dei sanitari viene messa in atto ogni misura prudenziale, conferma di essere al corrente della necessità di trattarsi nell'ambulatorio per tutto il tempo del periodo di osservazione disposto dal medico, successivo all'esecuzione dell'indagine.

Solleva i sanitari da ogni responsabilità, nel caso dovesse allontanarsi senza rispettare la prescrizione del necessario periodo di osservazione.

Poiché sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata, autorizzo sin d'ora il cambiamento del programma ma al solo scopo di fronteggiare l'urgenza delle eventuali complicanze, delle quali mi attendo comunque di avere al più presto spiegazioni adeguate.

Roma, li __ / __ / ____

Firma del Paziente o di chi ne fa legalmente le veci nei casi espressamente previsti dalla legge o dal Codice di Deontologia (in questo caso è necessario raccogliere la documentazione)

Firma del medico che ha fornito l'informativa

Firma del medico che ha raccolto il consenso



MODULO DI AUTODICHIARAZIONE E CONSENSO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI A DONNE IN ETÀ FERTILE

Gentile Signora,
Le ricordiamo che l'esame radiografico/TAC a lei prescritto/a può essere dannoso in caso di gravidanza.
La invitiamo pertanto a riconsiderare l'esecuzione dell'esame stesso in caso di gravidanza in atto o anche solo di sospetta gravidanza.
In caso contrario, La preghiamo di sottoscrivere l'AUTODICHIARAZIONE ed il successivo CONSENSO all'esecuzione dell'accertamento radiologico in questione.

Autodichiarazione

La sottoscritta:

Cognome e Nome

Data di nascita // dovendosi sottoporre ad accertamenti radiologici prescritti dal dr./dr.^{ssa}

Cognome e Nome

edi seguito indicati

Dichiara

- ▷ di non essere in stato di gravidanza presunto o reale.
- ▷ di essere pienamente a conoscenza di possibili rischi derivanti dall'esposizione a radiazioni ionizzanti in caso di gravidanza in atto.
- ▷ di accettare spontaneamente di sottopormi all'accertamento radiologico
- ▷ di sollevare il personale medico e infermieristico da ogni responsabilità derivante dalle mie dichiarazioni incaute o mendaci.

Consenso

Pertanto, la sottoscritta, avendo preso visione dell'informativa sopra riportata, avendo potuto discutere in maniera approfondita con il/la dr./dr.^{ssa} _____ il/la quale ha fornito risposte chiare, esaurienti e complete a tutte le domande formulate, avendo fornito in modo libero e spontaneo le dichiarazioni sopra riportate, certa comunque che un eventuale mancato consenso non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, formula pertanto il proprio

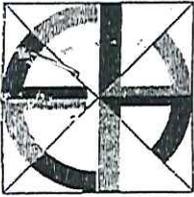
(1) _____ - _____

(1) scrivere: "consenso" o "diniego"

all'esecuzione degli accertamenti radiologici prescritti.

Roma, li //

.....
Firma della Paziente



EUROPEAN HOSPITAL

Via Portuense, 700
00148 Roma
Tel. 06/65975180



**CENTRO DIAGNOSTICA PER
IMMAGINI COMPUTERIZZATE
RISONANZA MAGNETICA
TC VOLUMETRICA MULTISTRATO
RADIOLOGICA
MAMMOGRAFIA
ECOTOMOGRAFIA**

Mod. 10.10 Rev. 02 Data 04/11/2015

Pagina 1 di 1

ISTRUZIONI PER LA PREPARAZIONE ALLA MAMMOGRAFIA

→ PRESENTARSI ALL'ESAME PREFERIBILMENTE TRA L'8° ED IL 14° GIORNO DEL CICLO MESTRUALE

VISITA SENOLOGICA

COGNOME	NOME	ETÀ	DATA
.....
DATI ANAMNESTICI			
FASE DEL CICLO	<input type="checkbox"/> PREOVULATORIA	<input type="checkbox"/> POSTOVULATORIA	<input type="checkbox"/> MENOPAUSA
FAMILIARITÀ PER CA	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
PILLOLA	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
DOLORE	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
ALLATTAMENTO	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
SECREZIONE EMATICA DEL CAPEZZOLO	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
PREGRESSI TRAUMI MAMMARI	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
TIPO DI INTERVENTO:		
ESAME OBIETTIVO			
.....			
MOTIVO DELL'ESAME			
.....			

Roma, li __ / __ / ____

Firma del Paziente o di chi ne fa legalmente le veci nei casi espressamente previsti dalla legge o dal Codice di Deontologia*

Firma del medico che ha eseguito la visita senologica