

## CONSENSO INFORMATO ALL'INDAGINE MAMMARIA TRAMITE TOMOSINTESI NOTA INFORMATIVA

### CHE COS'E'

E' un'indagine che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi x), a basso dosaggio, anche per un controllo automatico da parte dell'apparecchiatura, per la diagnosi della patologia mammaria. La tomosintesi consente di acquisire le immagini con un piccolo angolo di rotazione e quindi di meglio selezionare i vari piani della ghiandola mammaria.

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.

Per sua conoscenza, sul referto rilasciato a seguito dell'esame, verrà evidenziata la dose di radiazioni ricevuta.

### A COSA SERVE

E' l'indagine di riferimento, per indagini mammarie, sia in presenza di sintomi che non.

### COME SI EFFETTUA

L'esame viene eseguito da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM) appositamente formato; comporta una lenta e progressiva compressione del seno, comunque inferiore alla mammografia tradizionale, **talvolta** può essere **fastidioso, raramente doloroso**.

Si acquisiscono, generalmente, due immagini radiografiche con proiezioni differenti per ciascuna mammella.

### COSA PUO' SUCCEDERE – 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 alla compressione esercitata per la mammografia.

### PREPARAZIONE NECESSARIA-RACCOMANDAZIONI

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

Occorre evitare di spalmarsi creme o borotalco il giorno dell'esame perché potrebbero creare artefatti sulle immagini.

Si raccomanda di portare sempre le mammografie ed eventuali altri esami senologici precedentemente eseguiti.

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, che ne valuta l'utilità, soprattutto in presenza di mammelle dense.

Gli accertamenti radiodiagnostici non rendono tuttavia superflue o inutili la palpazione clinica e l'autopalpazione.

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

## ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA MAMMOGRAFIA

### Dichiarante

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

esercente la potestà del minore oppure in qualità di  tutore del paziente

il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Informato/a** dal Prof./Dott. [DIM01\_01\_MEDICO\_DESCR] sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente la Mammografia

### CONSAPEVOLE:

- che il trattamento proposto è, secondo il parere del sanitario proponente, 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)

### Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto,

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato nella nota informativa:

**accetto l'indagine proposta**  **rifiuto l'indagine proposta**

Eventuale interprete \_\_\_\_\_

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

Per presa d'atto:  
**Medico radiologo**

### DICHIARAZIONE STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

**NO**  **SI**

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

### ANAMNESI ESSENZIALE

Dopo aver letto tutta la precedente informativa ed aver fino a questo momento accettata l'effettuazione dell'esame, è essenziale che lei, per consentire di condurre appropriatamente l'indagine (anche includendo una eventuale ecografia nel caso di mammella densa) e orientare la successiva refertazione, ci fornisca le informazioni seguenti, per cui la Ringraziamo:

Cognome Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

- E' giunta con un'indicazione clinica specifica a seguito di precedente visita specialistica (se sì precisare)

*La informiamo che prima dei 30 anni non è opportuno condurre indagine mammaria, in assenza di specifiche prescrizioni.*

- Presenta in una o entrambe le ghiandole mammarie noduli palpabili, o ha secrezioni dal capezzolo?  
 no  sì

- Le sue mammelle sono dolenti anche al di fuori dal periodo del ciclo mestruale?  
 no  sì

- E' portatrice di protesi e se sì di quale tipologia, quando sono state inserite?  
 no  sì \_\_\_\_\_

- E' portatrice di un dispositivo cardiaco impiantato? (se sì precisare)  
 no  sì \_\_\_\_\_

### POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

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