

	Consenso Informato MAMMOGRAFIA	Mod.05.36
		Rev. 5 Aggiornato al 10/12/2020
		Pag. 1 di 2

COGNOME _____ NOME _____
 DATA DI NASCITA _____ N. ESAME _____

INFORMAZIONE SULL'INDAGINE

Gentile Signora,
 desideriamo fornirle alcune informazioni circa l'esame strumentale cui si sottoporrà.

La Mammografia è un'indagine che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) a basso dosaggio, per la diagnosi della patologia mammaria. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti, se ne deve vietare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica. Inoltre, le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso o presunte.

La Mammografia 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).

L'esame comporta una lenta e progressiva compressione del seno, talvolta può essere fastidioso, raramente doloroso. 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.

La prima Mammografia è indicata intorno ai 40 anni (eventualmente prima in caso di indicazione clinica). L'ecografia viene frequentemente utilizzata a completamento dell'indagine mammografica, a discrezione del Medico radiologo.

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di aver compreso quanto sopra riportato relativamente alla MAMMOGRAFIA e di aver ricevuto da parte del Medico radiologo risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o da reazioni avverse, 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.

Valutate le informazioni ricevute, ACCETTO di eseguire l'indagine proposta.

Le RADIAZIONI utilizzate potrebbero NUOCERE AL FETO, pertanto, è pregata di voler segnalare se è in stato di gravidanza certa o presunta. Con alcune eccezioni, le radiazioni dovrebbero essere evitate in donne giovani, sotto i 30-35 anni, per limitare ogni fattore di ipotetico rischio.

E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO Data ultima mestruazione: _____

E' in allattamento? SI NO

È portatrice di Pace-Maker o di Port-a-Cath? SI NO

Le sono state posizionate delle **PROTESI MAMMARIE**? L'apparecchio, infatti, decide automaticamente la minor dose di radiazioni possibile per ogni tipo di seno, ma non è in grado di riconoscere le protesi; pertanto in questi casi l'impostazione dell'esame viene effettuata manualmente dal tecnico.

SI NO

_____ Li ___ / ___ / ___

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

Il Medico Responsabile, ritenute chiare e complete le motivazioni della richiesta effettuata da parte del Medico richiedente e verificata l'appropriatezza della stessa, preso atto delle risposte fornite dalla paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini dinamiche preliminari, ritiene che l'esame è giustificato nel rispetto del D.Lgs. 101/2020 e può essere accettato ed eseguito.

_____ Li ___ / ___ / ___

Nome e Cognome del Medico Responsabile _____

Firma del Medico Responsabile _____



Consenso Informato MAMMOGRAFIA

Mod.05.36

Rev. 5
Aggiornato al 10/12/2020

Pag. 2 di 2

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ N. ESAME _____

DA COMPILARE IN CASO DI PRESENZA ESAMI PRECEDENTI

Il paziente dichiara di aver consegnato al Centro i seguenti esami precedenti per un totale di _____ buste

- RX _____
- TC _____
- RM _____
- ECO _____
- ALTRO [specificare] _____

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

DA COMPILARE SE IL PAZIENTE RINUNCIA ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Il sottoscritto **COGNOME** _____ **NOME** _____

ID PAZIENTE _____

dichiara di rinunciare all'esame di _____ prescritto come da ricetta/impegnativa a causa di

_____ Lì ___ / ___ / ___

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela