Reggio Emilia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione della procedura chirurgica prescritta e concordata.

**NOZIONI GENERALI:**

La mammografia possiede un ruolo fondamentale nella identificazione precoce del cancro alla mammella. Può, infatti, evidenziare modificazioni del tessuto mammario anche di piccole dimensioni e/o che la paziente non avverte (asintomatiche) e non riesce a palpare. La prima mammografia è indicata intorno ai 35-40 anni di età; successivamente va ripetuta su consiglio del medico radiologo.

**DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO:**

L’esame viene eseguito da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM) appositamente formato; comporta una lenta e progressiva compressione del seno; può essere **fastidioso**, **raramente può essere doloroso**. Qualora il seno fosse molto dolente prima dell’esame, La invitiamo a volerlo segnalare al Tecnico di Radiologia.

Si acquisiscono, generalmente, due radiografie con proiezioni differenti per ciascun lato.

Si ricorda che la **mammografia ha dei limiti**, ovvero un’accuratezza che varia dal 70 al 90% circa, e questo, in termini pratici, significa che non è in grado di riconoscere un certo numero di tumori (circa il 20%), anche se palpabili, specie in seni densi. Pertanto in caso di nodulo palpabile, retrazione della cute o secrezione del capezzolo, è gentilmente pregata di segnalarlo e, in caso comparissero a breve distanza di tempo dalla mammografia, di farlo presente al Suo medico.

La mammografia può essere di difficile interpretazione, pertanto, qualora il Medico Radiologo, analizzando la Sua mammografia, dovesse riscontrare immagini che meritano di ulteriori approfondimenti oppure seni particolarmente densi (frequenti nelle giovani), Lei sarà richiamata a sottoporsi a radiografiche aggiuntive o ad ecografia. Questo avviene normalmente per poterle dare una risposta più sicura e non deve quindi creare ansia.

**POSSIBILI COMPLICANZE DEL TRATTAMENTO-RACCOMANDAZIONI**

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 evitare l’utilizzo in assenza di una indicazione clinica specifica; nelle donne in età fertile si deve escludere una gravidanza in corso.

Teniamo a precisare che le **RADIAZIONI utilizzate in mammografia potrebbero nuocere al feto**, pertanto, se ha dubbi sul Suo stato, è pregata di volerlo segnalare al Tecnico di Radiologia prima di sottoporsi all’esame. Con alcune eccezioni, le radiazioni dovrebbero essere derivate in donne giovani, sotto i 30-35 anni, in quanto si ipotizza che, se la mammella è ancora in fase di sviluppo, queste potrebbero avere effetto cancerogeno.

In caso di **PROTESI MAMMARIE** estetiche esiste il rischio di rottura, solitamente dovuto più allo stato compresso delle portesi che alla compressione esercitata per la mammografia.

**Si raccomanda di portare sempre le mammografie ed eventuali altri esami senologici precedentemente eseguiti**, al fine di una più accurata analisi della mammografia. Un’immagine che può essere considerata dubbia, non è importante se presente ed invariata da anni; per contro, la comparsa di una piccola immagine, che non era presente, può aiutarci a riconoscere un piccolo tumore.

# ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO

Il/La sottoscritto/a nato/a il

* Diretto interessato all’atto medico
* Tutore di
* Esercente la potestà sul minore

informato/a dal Medico Curante Dott. sul tipo di indagine diagnostica da eseguire.

# CONSAPEVOLE:

* 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.

Presa visione delle informazioni relative all’indagine in oggetto (valutate tutte le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti), avendo compreso quanto sopra riportato:

□ **Acconsento** all’indagine proposta **□ Non acconsento** all’indagine proposta

*Data* / / *Firma del paziente*

C*onfermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire*

*firma del medico radiologo* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gent. Signora,

il medico Le ha spiegato che nel Suo caso è consigliata l'effettuazione di un’indagine che comporta l’esposizione a radiazioni ionizzanti (Raggi X).

E’ noto che tali radiazioni possono causare alterazioni a carico delle cellule, in particolare di quelle che si trovano in una spiccata attività di riproduzione (come le cellule embrionali e fetali); va però sottolineato che, nella maggior parte dei casi, gli esami radiologici sono effettuabili in condizioni di ragionevole sicurezza anche in presenza di uno stato di gravidanza, in rapporto alla trascurabile quantità di radiazioni, alla lontananza dall’addome della sede anatomica da indagare e all’impiego di apposite protezioni e cautele.

Ad ogni modo è importante che prima dell’indagine Lei segnali uno stato di gravidanza in atto, sospettata o anche solo possibile, affinché il medico che Le ha prescritto l’esame e lo specialista che dovrebbe eseguirlo possano preventivamente valutare assieme a Lei l’entità oggettiva del rischio, la necessità/urgenza di eseguire l’esame e l’eventuale ipotesi di rinvio.

La Sua firma “per presa visione” indica che ha bene compreso tutte le informazioni; Le verrà quindi proposto di sottoscrivere un documento di consenso all’indagine radiologica.

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a il

**DICHIARO**

**DI ESSERE STATA INFORMATA IN MODO ESAURIENTE E COMPRENSIBILE SUI POSSIBILI RISCHI, NEI RIGUARDI DI UN’EVENTUALE GRAVIDANZA, LEGATI ALL’INDAGINE RADIOLOGICA**

 □ escludo con certezza l’ipotesi di una gravidanza in atto

**Pertanto:**

 □ **acconsento** all’esame radiologico proposto

Data firma della paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il medico radiologo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**OPPURE:**

* non sono in grado di escludere una gravidanza in atto
* ritengo di essere/sono sicuramente gravida alla settimana

Su tali presupposti ho esaminato, assieme al medico che mi ha consigliato l’esame e allo specialista radiologo i rischi specificamente connessi con il mio caso, a fronte dell’opportunità/necessità di effettuare comunque l’indagine radiologica.

**Pertanto:**

* + **acconsento** all’esame radiologico proposto
	+ **non acconsento** all’esame radiologico proposto
	+ **concordo** con il rinvio dell’esame

Data firma della paziente

Il medico radiologo \_\_\_\_\_\_