



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA

(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)



DAI Patologia e Diagnostica UOC Radiologia BR – Ospedale Policlinico	MU06.0 304570
Consenso informato Senologia	Rev 02 del 12/09/2015 Pagina 1 di 1

Il/la Paziente _____
dichiara di essere stato informato in modo esauriente e comprensibile dal Medico Radiologo
Dott./Dott.ssa _____ che per la corretta valutazione del proprio caso
è opportuna la esecuzione delle seguenti (barrate) procedure diagnostiche di approfondimento:

- ☐ AGOASPIRATO ECOGUIDATO per citologia
- ☐ AGOASPIRATO STEREOGUIDATO per citologia
- ☐ BIOPSIA CON PROCEDURA “MAMMOTOME” per esame istologico
- ☐ CENTRAGGIO ECOGUIDATO CON CARBONE
- ☐ CENTRAGGIO STEREOGUIDATO CON CARBONE
- ☐ GALATTOGRAFIA
- ☐ MICROBIOPSIA ECOGUIDATA per esame istologico
- ☐ SVUOTAMENTO CISTI MAMMARIA

I rischi che tali procedure possono comportare sono:

- modesta dolenzia durante e dopo l'eventuale prelievo
- ematomi superficiali e/o profondi
- pneumotorace in caso di lesioni profonde
- malessere con breve perdita di coscienza imputabili allo stato ansioso
- inadeguata centratura nel caso dell'uso di carbone vegetale non verificabile in corso di centratura (a tal proposito si segnala che tutti i pezzi operatori vengono controllati radiologicamente e/o ecograficamente)

Il/la Paziente dichiara inoltre di essere consapevole che, a norma delle vigenti disposizioni , *qualora la prestazione di approfondimento non rientri tra i casi previsti che comportino esenzione* (per età e reddito, per patologia, per invalidità, per prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori, ecc.) *sarà tenuto/a a versare, oltre al ticket per la mammografia, anche il ticket relativo alle procedure di approfondimento.*

firma del/la Paziente _____

firma del Medico Radiologo prescrittore _____

data _____