

 Istituti Clinici Zucchi Gruppo San Donato	INFORMAZIONE E CONSENSO PER MAMMOGRAFIA	Mod. UMCCCIC_4209b REV. 009 DEL 01/04/2022
<input type="checkbox"/> Presidio di Monza <input type="checkbox"/> Presidio di Carate Brianza	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Responsabile Dott. Alberto Aliprandi

Numero cartella clinica

Cognome

Nome

Data di consegna dell'informativa

Gentile Signora,

La ringraziamo per aver scelto la nostra struttura per sottoporsi a mammografia.

La mammografia è un'indagine che utilizza i Raggi X (radiazioni ionizzanti) e pertanto si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti e se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso e se ha dubbi sul Suo stato, è pregata di volerlo segnalare al Tecnico di Radiologia prima di sottoporsi all'esame. L'indagine a lei richiesta rientra nelle indagini a BASSO DOSAGGIO secondo le raccomandazioni del documento intersocietario¹ per la comunicazione delle classi di dose (DLgs. 101-art. 161 c.5-6).

Se le sono state posizionate delle **PROTESI MAMMARIE**, è gentilmente pregata di farlo presente al Tecnico di Radiologia prima di sottoporsi all'esame. L'apparecchio, infatti, decide automaticamente la minor dose di radiazioni possibile per ogni tipo di seno, ma in questo caso, non essendo in grado di riconoscere la protesi, sbaglia.

La preghiamo, inoltre, di volerci informare se è portatrice di Pace-Maker o di Port-a-Cath.

Talvolta l'esame, che 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.

Teniamo a ricordarLe 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 segnalarcelo, e, in caso comparissero a breve distanza di tempo dalla mammografia, di farlo presente al Suo Medico o di mettersi in contatto con noi. La mammografia può essere di difficile interpretazione, pertanto, qualora il Medico Radiologo, analizzando la Sua mammografia, dovesse riscontrare immagini che meritano ulteriori approfondimenti oppure seni particolarmente densi (frequenti nelle giovani), Lei sarà richiamata per sottoporsi a radiografie aggiuntive o Le sarà consigliato un approfondimento diagnostico con altre metodiche. **Questo avviene normalmente per poterLe dare una risposta più sicura e non deve quindi creare ansia.**

Per una più accurata analisi della mammografia occorre poterla confrontare con le eventuali mammografie precedenti; ogni seno, infatti, è diverso dagli altri ed ha una sua "normalità". 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.

Pertanto La invitiamo a voler portare sempre con sé almeno le ultime MAMMOGRAFIE ED ECOGRAFIE.

Cognome e Nome (in stampatello): del paziente; del tutore del paziente inabilitato; dei genitori del paziente minorene esercenti la responsabilità genitoriale

Data

Firma del Paziente / tutore / genitore

Firma dell'altro genitore

Data

Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDOSENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.

¹Raccomandazioni intersocietarie (SIRM_AINR_AIMN_AIFM) per la comunicazione della classe do dose (DLgs. 101-art.161 c.5-6) del 2020

ATTO DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI MAMMOGRAFIA

La sottoscritta.....

nata a..... il

D I C H I A R A

1. di aver avuto un colloquio con il Dr. _____ dal quale ho ricevuto in maniera chiara le informazioni necessarie per comprendere:

- il mio stato di salute e/o le caratteristiche della mia malattia;
- le indicazioni, le motivazioni cliniche, le finalità e le modalità di esecuzione dell'indagine o procedura proposta, definita

- le probabilità di successo diagnostico e/o terapeutico, i benefici ragionevolmente attesi e le eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche all'indagine o procedura proposta;

2. di essere stata informata del fatto che, in relazione all'indagine o procedura, si potranno verificare effetti negativi, rischi ragionevolmente prevedibili e/o complicazioni, la cui gravità e probabilità mi sono state spiegate in modo chiaro e comprensibile;

3. di conoscere la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento;

4. di avere compreso tutte le informazioni che mi sono state fornite;

Pertanto,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad essere sottoposta all'esame diagnostico

Cognome e Nome (in stampatello): del paziente; del tutore del paziente inabilitato; dei genitori del paziente minorenni esercenti la responsabilità genitoriale

Data _____ Firma del Paziente / tutore / genitore _____ Firma dell'altro genitore _____

Data _____ Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni _____

Data _____ Firma del Minore (se ha compiuto il 14° anno di età) _____ Firma dell'interprete (se previsto) _____

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDESENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.