



INFORMATIVA E CONSENSO PER L'ECOGRAFIA MAMMARIA

Gentile Signora,

grazie per aver scelto la nostra struttura per sottoporsi ad ECOGRAFIA MAMMARIA.

Poiché riteniamo che questo esame meriti la dovuta attenzione, Le chiediamo di collaborare fornendoci alcune informazioni circa la Sua storia clinica ed il motivo per il quale le hanno suggerito di sottoporsi ad ecografia mammaria.

Da parte nostra Le assicuriamo il massimo impegno affinché l'esame risulti meno gravoso possibile.

L'ecografia utilizza ultrasuoni ad una frequenza non nociva per la salute.

Teniamo a ricordarLe che l'ecografia mammaria ha dei limiti; non consente, infatti la diagnosi precoce di tumore maligno nel caso in cui quest'ultimo sia rappresentato da microscopiche calcificazioni, riconoscibili solo alla mammografia; per questo l'ecografia non può sostituire la mammografia nella ricerca del tumore maligno precoce.

Per questo motivo non è ritenuto opportuno, in assenza di sintomi, sottoporre ad ecografia mammaria donne sopra i 40 anni che non siano state precedentemente, ed a breve distanza di tempo, valutate con mammografia.

Per una più accurata analisi occorre confrontare l'ecografia con eventuali mammografie ed ecografie 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 tumore.

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

Istituti Clinici Zucchi S.p.A.

Sistema di Gestione Integrato: SGQ – UNI EN ISO 9001:2015 e SGSSL – UNI ISO 45001:2018 certificati da Certiquality – Iqnet

Via Zucchi 24 – 20900 Monza (MB) | Tel. +39 039/8383.1 (20 linee) | dirgen.zucchi@grupposandonato.it | PEC: dirgen.zucchi@pec.grupposandonato.it
Reg. Imp. Monza e Brianza e C.F. 00854080157 – P.IVA 00697570968 – R.E.A. 51538 | Capitale sociale € 1.922.000 i.v.

PRESIDIO DI MONZA

Via Zucchi 24 – 20900 Monza (MB)
Tel. +39 039.83831 – Fax 039.364886

PRESIDIO DI CARATE BRIANZA

Piazza Madonnina 1 – 20841 Carate Brianza (MB)
Tel. +39 0362.9861 – Fax 0362.991438

POLIAMBULATORIO DI BRUGHERIO

Via Tre Re 37 – 20861 Brugherio (MB)
Tel. +39 039.884177 – Fax 039.884823

DA COMPILARE

Cognome (nubile) _____ Nome _____

Data di nascita _____ Via _____ N. _____

Città _____ Tel. _____

SEGNARE CON UNA X LA RISPOSTA CORRETTA

Data dell'ultima mestruazione (anno se in menopausa) _____

Fa uso di terapia ormonale per la menopausa? (es. cerotti) Sì No

Quanto tempo fa ha fatto l'ultima mammografia? _____

E l'ultimo esame ecografico al seno? _____

Ha mai eseguito agoaspirati o biopsie al seno? _____

Tra i parenti stretti è stato diagnosticato tumore maligno al seno? Sì No

A chi? (se più di uno segnalare nella casella corrispondente) _____

A che età è stata fatta la diagnosi? (con approssimazione) _____

madre, età _____ sorella, età _____

nonna materna, età _____ nonna paterna, età _____ altre, età _____

Ha noduli al seno? No Sì Dx Sx

Ha secrezione dal capezzolo? No Sì Dx Sx

Ha subito interventi al seno? No Sì Dx Sx

Se sì, quali e in che anno? _____

Quale è stata la diagnosi finale? _____

Motivo dell'esame odierno:

DIAGNOSI PRECOCE

SECREZIONE DEL CAPEZZOLO

NODULO

CONTROLLO DI MAMMOGRAFIA RECENTE

DOLORE

ALTRO

Dopo aver letto attentamente quanto sopra riportato:

ACCONSENTO ad essere sottoposto all'esame NON ACCONSENTO ad essere sottoposto all'esame

Monza, _____

Firma del Paziente _____

Firma del Medico Radiologo _____



INFORMAZIONE E CONSENSO PER MAMMOGRAFIA

COGNOME e NOME (o etichetta)	
DATA DI NASCITA	SESSO

Data di consegna dell'informativa _____

Gentile Signora,

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

Teniamo a ricordare 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.

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 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 minorenne 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.

Istituti Clinici Zucchi S.p.A.

Sistema di Gestione Integrato: SGQ – UNI EN ISO 9001:2015 e SGSSL – UNI ISO 45001:2018 certificati da Certiquality – Iqnet

Via Zucchi 24 – 20900 Monza (MB) | Tel. +39 039/8383.1 (20 linee) | dirgen.zucchi@grupposandonato.it | PEC: dirgen.zucchi@pec.grupposandonato.it
Reg. Imp. Monza e Brianza e C.F. 00854080157 – P.IVA 00697570968 – R.E.A. 51538 | Capitale sociale € 1.922.000 i.v.

PRESIDIO DI MONZA

Via Zucchi 24 – 20900 Monza (MB)
Tel. +39 039.83831 – Fax 039.364886

PRESIDIO DI CARATE BRIANZA

Piazza Madonnina 1 – 20841 Carate Brianza (MB)
Tel. +39 0362.9861 – Fax 0362.991438

POLIAMBULATORIO DI BRUGHERIO

Via Tre Re 37 – 20861 Brugherio (MB)
Tel. +39 039.884177 – Fax 039.884823

ATTO DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI MAMMOGRAFIA

Io sottoscritto _____

nata a _____ il _____

D I C H I A R O

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,

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

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 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.