

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO PER ACCERTAMENTI DI DIAGNOSTICA SENOLOGICA

Io sottoscritta _____

nata il ____/____/____ a _____

intendo sottopormi ad accertamenti di diagnostica senologica che possono comprendere l'esecuzione di mammografie, ecografie e visite. In particolare dichiaro di essere a conoscenza delle seguenti informazioni:

- 1) i vari esami diagnostici, anche se ripetuti, non possono evitare la comparsa del tumore alla mammella ma possono scoprirlo nelle fasi iniziali del suo sviluppo;
- 2) la diagnosi tempestiva del tumore della mammella consente di ottenere, in moltissimi casi, riduzione di mortalità con ricorso a terapie meno aggressive;
- 3) un 15-20% circa dei tumori della mammella non si vede con la mammografia per cui è talora necessario integrare questo esame con l'ecografia e con la visita senologica;
- 4) l'integrazione della mammografia con l'ecografia in certi casi è necessaria in rapporto alla tipologia della mammella;
- 5) nonostante l'esecuzione di più test diagnostici, un 10-15% circa dei tumori della mammella non si lascia riconoscere e si rende evidente solo nei controlli successivi;
- 6) è importante rispettare la "periodicità dei controlli" per recuperare in tempo utile alla cura, i tumori già presenti ma non diagnosticati;
- 7) le protesi mammarie possono complicare il normale svolgimento dell'esame e la loro presenza può interferire con il rilevamento precoce di un tumore perché possono nascondere lesioni sospette. Inoltre la rottura/sgonfiamento delle protesi a causa della compressione esercitata durante la mammografia è un fenomeno possibile, anche se statisticamente molto improbabile. La paziente deve sempre informare l'operatore della presenza di protesi mammarie prima di effettuare l'esame al fine di poter predisporre le opportune modalità diagnostiche.

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente attraverso l'informativa fornita.

Dichiaro di non essere in stato di gravidanza.

Accetto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data _____

Firma _____ Firma del medico/tecnico _____