



**Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano
di Torino**

Sede legale: Via Magellano, 1 – 10128 TORINO
Tel. +39 011.508.1111
www.mauriziano.it

**MODULO DI RICHIESTA DI CONSENSO INFORMATO PER L' ESECUZIONE DI
BIOPSIE PERCUTANEE DI FORMAZIONI O MASSE SUPERFICIALI SU GUIDA
CLINICA ED ECOGRAFICA.**

S.C. ANATOMIA PATOLOGICA

DIRETTORE: DR. BRUNO TORCHIO

S.C. RADIODIAGNOSTICA

DIRETTORE: DR. STEFANO CIRILLO

Egregio Sig.re/Gentile Sig.ra

Le saremmo molto grati se potesse leggere **attentamente** questo modulo.

In esso sono riportate le informazioni necessarie per comprendere le modalità di esecuzione dello intervento che Le è stato richiesto, affinché Lei possa rendere noto (con firma in calce al documento) il consenso al medico esecutore.

Nel caso le seguenti spiegazioni non Le risultino chiare o sufficientemente esaurienti Le sarà possibile richiedere ulteriori spiegazioni al medico esecutore prima della effettuazione della biopsia.

La **biopsia percutanea su formazioni palpabili su guida ecografica** viene effettuata mediante l'impiego di aghi molto sottili (diametro inferiore ad 1 mm) per ottenere un campione di tessuto che, opportunamente processato ed esaminato al microscopio, consente, nella maggioranza dei casi di stabilire la natura di processi patologici individuati attraverso un precedente esame clinico o attraverso un precedente esame radiologico.

Questa procedura diagnostica ha successo in un elevato numero di casi (>90%).

In generale non è necessaria alcuna anestesia: l'ago è molto sottile, la procedura nel complesso rapida ed il fastidio minimo.

Per questo tipo di biopsie le complicanze sono infrequenti.

Si verificano occasionalmente piccoli ematomi e dolorabilità nel punto dell'agofissione.

Eccezionalmente possono verificarsi "infezioni" o sanguinamenti di maggiore entità.

Al bisogno il medico esecutore o altro personale medico dell' Ospedale Mauriziano possono far fronte a qualsiasi complicanza.

IO SOTTOSCRITTO
ACCETTO DI SOTTOPORMI ALLA BIOPSIA PERCUTANEA.

In fede
Genitore o Tutore.....

Firma del medico..... Data/...../ 201...

Io sottoscritto sono altresì informato che la valutazione cito-istologica è soggetta a ulteriore fatturazione.