



MAMMOGRAFIA**1. Descrizione della patologia**

La mammografia è un'indagine che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X), a basso dosaggio, per la diagnosi della patologia mammaria.

L'ASST Rhodense dispone della TOMOSINTESI una tecnica digitale che permette uno studio a "strati" della mammella che migliora la visualizzazione di eventuali lesioni e/o aiuta a chiarire dubbi nel caso di false immagini create dalla sovrapposizione di strutture anatomiche.

Il medico Radiologo giustificherà l'eventuale utilizzo di questa metodica.

**2. Finalità della procedura**

È l'indagine di riferimento, nelle donne sopra i 40 anni, per la diagnosi precoce del cancro della mammella, anche di piccole dimensioni, ancora non palpabile (asintomatico).

3. Modalità di esecuzione

L'esame viene eseguito da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM) appositamente formato; comporta una lenta e progressiva compressione del seno, talvolta può essere fastidioso, raramente doloroso.

Si acquisiscono, generalmente, due radiografie, con proiezioni differenti per ogni mammella.

4. Prescrizioni post-intervento o procedura

L'indagine non richiede alcuna preparazione e viene eseguita anche in presenza di protesi mammarie estetiche, con opportuni accorgimenti, pertanto occorre informare il TSRM che esegue l'esame.

Occorre evitare di spalmarsi creme o borotalco il giorno dell'esame perché potrebbero creare artefatti sulle immagini.

Si raccomanda di portare sempre le mammografie ed eventuali altri esami senologici precedentemente eseguiti.

La prima mammografia è indicata intorno ai 40 anni (eventualmente prima in caso d'indicazione clinica), successivamente va ripetuta con periodicità suggerita dal medico radiologo.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p>NOTA INFORMATIVA n. 102</p> <p>MAMMOGRAFIA</p> <p><i>SC Radiologia, Diagnostica per immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--	---	--

L'ecografia viene frequentemente utilizzata a completamento dell'indagine mammografica, a discrezione del medico radiologo.

5. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti

Non esistono complicanze legate all'esecuzione dell'esame.

In caso di protesi mammarie esiste il rischio di rottura, solitamente dovuto più allo stato compromesso delle protesi che alla compressione esercitata per la mammografia.

L'esposizione a raggi X comporta un aumento del rischio di sviluppare tumori. Il rischio è generalmente minimo, giustificato dal favorevole rapporto rischio/beneficio. In caso di procedure ripetute deve essere considerato l'effetto cumulativo dell'esposizioni ai raggi X. In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, la procedura è sconsigliata in caso di gravidanza (in caso di necessità si procederà alla valutazione di ogni singolo caso).

Per questo motivo, **in caso Lei sia una donna in età fertile**, Le verrà richiesto di attestare di non essere in stato di gravidanza, accertata o presunta o di non poter escludere lo stato di gravidanza prima dell'esecuzione della procedura.

6. Alternative

Esistono esami complementari non sostitutivi alla mammografia.

7. Conseguenze in caso di rifiuto

Mancata diagnosi di patologia mammaria.

Data _____

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3979 ; mail: segradr@asst-rhodense.it
- SC Radiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2219; mail: segreteriaradga.hsp@asst-rhodense.it

(Rif. Consensi informati SIRM 2015)

Nota Informativa approvata da: Direttore Dipartimento Area dei Servizi

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Lingua parlata: Italiano: Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro: _____ Peso (kg): _____	<i>Spazio barecode</i>
--	------------------------

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

E' possibile una gravidanza in atto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
E' portatrice di protesi mammarie?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
E' portatrice di pace maker o port a cath?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
E' in menopausa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Fa uso di terapia ormonale (per la menopausa o contraccettivi)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Tra i parenti stretti è stato diagnosticato tumore maligno al seno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
In caso di risposta affermativa quale è il grado di parentela?.....				
Ha noduli al seno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Destra	<input type="checkbox"/> Sinistra
Ha secrezione dal capezzolo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Destra	<input type="checkbox"/> Sinistra
Ha subito interventi al seno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Se sì, indichi il tipo d'intervento/i e l'anno/gli anni in cui eseguito/i				
Motivo dell'esame odierno:				
<input type="checkbox"/> prevenzione <input type="checkbox"/> secrezione dal capezzolo <input type="checkbox"/> nodulo <input type="checkbox"/> dolore <input type="checkbox"/> altro.....				

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

U.O. _____ Presidio _____

Data...../...../.....

Paziente _____
COGNOME NOME

Data di nascita: __/__/____

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	

informato/i attraverso colloqui diretti con il Dr. _____,

relativamente a **MAMMOGRAFIA**

conseguente a _____ e in particolare dichiara/no:
(DEFINIRE LA PATOLOGIA O IL SOSPETTO DIAGNOSTICO)

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata che è stata consegnata e spiegata chiaramente;
 - di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento;
 - di essere stati messi al corrente:
1. delle modalità di effettuazione del trattamento, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi;
 2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura;
 3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio;
 4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili;
 5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali;
 6. di possibili problemi di recupero dopo l'intervento;
 7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti;
 8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi;
 9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso della procedura al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse;
 10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario.

Dichiara/no pertanto di **ACCETTARE, E DI NON AVERE ULTERIORI DOMANDE DA PORRE,** **NON ACCETTARE**

di sottoporsi/sottoporre il proprio figlio/a beneficiato/a rappresentato/a sopraindicato all'intervento proposto.

Si impegna/no infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO
(LEGGIBILE)

Eventuale **revoca** : data __/__/____

Firma del paziente _____

Firma Medico _____