


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<p align="center">MODULO S.C. di Anatomia Patologica Presidi Ospedalieri di Busto A. e Saronno Indicazioni per Agoaspirato di Organi Profondi o Biopsia con ago tranciante</p>	<p>Cod.: MOD02PrSAP04 Data 1.01.2016 Rev. 0 Pagina 1 di 4</p>
--	--	---

Al Medico curante del Sig.....

Gentile Collega,

per l'esecuzione di **Biopsia per aspirazione con ago sottile di organo profondo (agoaspirato)** (sotto guida ecografica, radioscopica o TC) o di **Biopsia percutanea con ago tranciante**, al fine di evitare possibili complicanze di tipo emorragico,

E' NECESSARIO:

- attestare mediante esami del sangue (emocromo, PT e PTT, INR) l'assenza di deficit della coagulazione;
- sospendere la terapia con antiaggreganti piastrinici (ad es. cardioaspirina, ascriptin, FANS....) o anticoagulanti orali (ad es. coumadin) 1 settimana prima dell'agoaspirato, qualora il paziente fosse in tale terapia;
- sospendere la terapia parenterale con anticoagulanti (ad es. eparina e simili), 48 ore prima dell'esecuzione dell'agoaspirato, se il paziente assume tale farmaco.

E' inoltre necessario che **il paziente si presenti il giorno di esecuzione dell'esame a digiuno** e porti:


- 1) **Nota informativa e modulo di Consenso al trattamento debitamente compilati e firmati,**
- 2) **i risultati degli esami ematochimici e la documentazione radiologica.**

In assenza di tali dati non sarà possibile eseguire l'esame.

Certi della collaborazione siamo disponibili per eventuali chiarimenti.

Cordiali saluti

Il Responsabile
Dr. Filippo Crivelli

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<p>MODULO</p> <p>S.C. di Anatomia Patologica Presidi Ospedalieri di Busto A. e Saronno: nota informativa per esecuzione di BIOPSIA CON AGO TRACIANTE DI LESIONI SUPERFICIALI E PROFONDE</p>	<p>Cod.: MOD05PrSAP04</p> <p>Data 1.01.2016 Rev. 0 Pagina 1 di 2</p>
--	---	--

NOTA INFORMATIVA PER ESECUZIONE DI
BIOPSIA DI LESIONI SUPERFICIALI E PROFONDE con AGO TRACIANTE

Il/la Sig/a

nato/a il

residente a

(Cartella Clinica n°.)

dovrà essere sottoposto a biopsia percutanea con ago tranciante di (specificare sede/organo ed il lato, se previsto)

.....

Dichiaro di aver dato le indicazioni al paziente, se in terapia antiaggregante piastrinica o anticoagulante, per la corretta sospensione della terapia.

Il MEDICO CURANTE Dr.....

Data.....

Firma.....

Al fine di essere chiaramente informato/a circa questa procedura vi chiediamo di leggere attentamente questo documento. In caso di dubbi riguardanti l'esame e/o in relazione alle proprie condizioni di salute, La invitiamo a rivolgersi al Medico che ha richiesto l'esame.

Che cos'è E' una metodica operativa mediante cui è possibile acquisire un piccolo frustolo di tessuto affinché sia adeguatamente sottoposto ad esame istologico e studiato. E' indicata in alcune patologie che presentano noduli o masse negli organi interni, al fine di definire una diagnosi corretta .

Il **beneficio atteso** è la possibilità di definire, stadiare la vostra malattia e stabilire un trattamento adeguato.

Cosa fare prima dell'esame

Controllate se vi siete attenuti alle indicazioni che vi sono state date all'atto dell'appuntamento.

Dovrete essere a digiuno da 2 ore ed essere accompagnati. Accertatevi di aver portato le richieste del medico curante, tutti i precedenti esami radiologici ed ecografici che possano aiutare il medico ad identificare con precisione la lesione, gli esami che attestano l'assenza di deficit dell'emostasi.

E' necessario che il paziente riferisca correttamente ogni patologia pregressa e/o in atto ed eventuali intolleranze e/o reazioni allergiche (farmaci, cibi, mezzo di contrasto, sostanze chimiche in ambito lavorativo).

E' necessario che il paziente in terapia con antiaggreganti piastrinici (quali cardioaspirina, ascriptin, FANS ecc.), **con anticoagulanti orali** (quali coumadin), **con anticoagulanti parenterali (quali eparina e simili), esegua le indicazioni per la corretta sospensione della terapia.**

Che cosa ci si deve aspettare durante e dopo una Biopsia con ago tranciante ?


Dovrete essere a digiuno da 2 ore.

Verrete quindi fatti sdraiare su un lettino, la posizione viene decisa al momento in relazione alla sede della lesione da biopsiare definita con indagini radiologiche (TC , Ecografia).

Dopo un controllo ecografico atto a definire il miglior punto di biopsia, il Medico effettuerà disinfezione della cute ed eventualmente una anestesia locale pungendo la cute.

Viene inserito l'ago tranciante, si verifica l'esatta posizione dello stesso, con ecografia, e solo a questo punto si effettuano uno o più prelievi del tessuto da esaminare.

Dopo la biopsia verrete medicati e rimarrete sdraiati per un certo tempo (da mezz'ora alle due ore a seconda della zona in cui è stato fatto il prelievo), con la borsa del ghiaccio in sede di puntura. Potrete ritornare a casa trascorso tale tempo o anche prima a giudizio del medico.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	<p>MODULO</p> <p>S.C. di Anatomia Patologica Presidi Ospedalieri di Busto A. e Saronno: nota informativa per esecuzione di BIOPSIA CON AGO TRACIANTE DI LESIONI SUPERFICIALI E PROFONDE</p>	<p>Cod.: MOD05PrSAP04</p> <p>Data 1.01.2016 Rev. 0 Pagina 2 di 2</p>
--	---	--

E' un esame doloroso?

Il dolore che avvertirete è legato all'introduzione dell'ago, è di modesta entità, assolutamente sopportabile e temporaneo. Dopo l'esame la maggior parte dei pazienti non avverte più alcun dolore; se questo dovesse insorgere è di modesta entità e transitorio. Viene applicata una borsa contenente ghiaccio in corrispondenza della parte, a scopo antidolorifico ed emostatico.

L'attendibilità dell'esame

L'esame presenta in genere una elevata sensibilità e specificità, le quali variano a seconda dell'organo esaminato e vanno dall'85-90% a quasi il 100% . L'esame va sempre e comunque interpretato dal medico curante nel contesto degli altri dati clinici disponibili.

Quali sono le possibili complicanze di una Biopsia con ago tranciante?

La biopsia è un esame invasivo e cruento ma comporta rari rischi.

Una conseguenza comune è rappresentata da dolore transitorio e di modesta entità, conseguente alla procedura.

Le complicanze maggiori sono relativamente rare.

Le più importanti sono calo di pressione improvviso, lesioni di strutture vascolari e nervose, un sanguinamento che può essere lieve o severo, l'eventuale perforazione di organi vicini.

Queste complicanze possono necessitare di ulteriori indagini radiologiche, di intervento chirurgico e/o di terapia trasfusionale.


Quali le alternative? L'*alternativa* alla biopsia percutanea è la biopsia chirurgica che comporta un'anestesia generale ed un intervento chirurgico in sala operatoria.

Il *non eseguire* la biopsia può rendere difficoltosa la corretta diagnosi e la gravità della malattia e condizionarne negativamente il trattamento.

IO SOTTOSCRITTO Sig./ra

dichiaro di aver letto e compreso le informazioni relative alla procedura diagnostica in oggetto.

Data Firma (Paziente/Tutore legale/Genitore)

	MODULO Consenso al trattamento medico-chirurgico BIOPSIA CON AGO TRANCIANTE S.C. di Anatomia Patologica P.O. di Busto Arsizio e Saronno	Cod.: MOD14POL03MQ05 Standard ISO: 7.2 Standard JCI: PFR 6 Check Autoval.: IDP 4.1.1-8 Data 17/03/2016 Rev. 0 Pagina 4 di 1
---	--	---

P.O. DI BUSTO ARSIZIO P.O. DI SARONNO U.O.

CONSENSO PER L'ESECUZIONE DI: Biopsia con Ago Tranciante

proposto dal Dr.....(Medico Ospedaliero)

Io sottoscritto/a..... nato/a il (genitore/i di.....)

con grado di comprensione della lingua:

completo sufficiente con necessità di mediatore linguistico

DICHIARO

- di aver menzionato tutti i disturbi e le patologie di cui sono affetto /è affetto mio/a figlio/figlia
- di essere stato esaurientemente informato sulla mia condizione clinica /sulle condizioni cliniche di mio/a figlio/figlia
- di aver compreso l'informazione ricevuta per iscritto e verbalmente e di aver potuto formulare domande e acquisire risposte esaurienti
- di essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'effettuazione del trattamento **e di essere stato/a adeguatamente informato/a**
- sulle modalità di esecuzione e finalità diagnostiche e/o terapeutiche
- sulle complicanze, sui rischi/benefici ed eventuali alternative al trattamento e sulle eventuali conseguenze da rifiuto al trattamento
- su chi eseguirà il/i trattamento/i
- altro.....

Preso atto di tutto ciò, consapevolmente e liberamente,

- Acconsento** ad essere sottoposto a.....
- Non acconsento** ad essere sottoposto a.....

Data..... Ora..... Firma..... (Paziente /Tutore/Genitore/i)

Io sottoscritto Dr..... confermo di aver spiegato al paziente e/o ai suoi parenti le modalità di esecuzione del trattamento diagnostico e/o terapeutico, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze ed alternative dello stesso. Confermo inoltre che gli stessi hanno compreso le informazioni date.

Data..... Timbro e Firma (Medico che ha informato il paziente).....

Data..... Timbro e Firma (Medico esecutore dell'esame).....

Le condizioni psico-fisiche del paziente non consentono di fornire un'adeguata informazione e l'acquisizione di un valido consenso poiché lo stesso è affetto da.....
 Si esegue comunque la procedura per motivi di assoluta necessità e al fine di salvaguardare la vita del paziente. I parenti vengono informati e prendono atto della situazione.

Data..... Ora..... Firma..... Grado di parentela.....