


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO AGOBIOPSIA PERCUTANEA SOTTO GUIDA ECOGRAFICA O TC</p>	<p style="text-align: right;">AST_RAD_545_Ed01</p> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici</p> <p>Data di Emissione: 19.05.2023</p>
---	--	---

INFORMATIVA

1. CHE COSA È

La biopsia percutanea consiste nella puntura di lesioni attraverso la cute, eseguita con guida ecografica (ultrasuoni) o TC (raggi X).

2. A COSA SERVE

L'esame serve a prelevare campioni di cellule o tessuto di sospetta natura patologica, per una diagnosi cito/istologica. Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del suo problema sanitario.

3. COME SI EFFETTUA

La procedura può essere eseguita in regime ambulatoriale, di *Day Hospital* o in regime di ricovero ordinario, in base alla sede e alle caratteristiche della lesione da studiare.

Sulla base delle indagini preliminari viene scelta la via di accesso più idonea, quindi attraverso la cute viene introdotto un ago sottile che, sotto guida ecografica o TC, verrà orientato e diretto nel punto desiderato; quando la sua punta avrà raggiunto la giusta posizione verrà prelevato un piccolo frammento di tessuto.

Normalmente la biopsia per un esame istologico viene eseguita previa anestesia locale, mentre tale procedura non risulta necessaria nei casi di utilizzo degli aghi più sottili per esame citologico. Se la quantità di tessuto prelevata sarà sufficiente, l'indagine sarà terminata; altrimenti potrà essere necessario ripetere la procedura per prelevare un altro frammento.

Su indicazione del medico che effettuerà la procedura, durante l'esame è indispensabile mantenere l'immobilità e, quando richiesto, trattenere il respiro per alcuni secondi.

La collaborazione del paziente è essenziale per il buon risultato dell'esame.

Alla fine l'ago sarà tolto e il frammento prelevato sarà preparato per essere studiato al microscopio dall'anatomopatologo. In alcuni casi il materiale prelevato, nonostante le ripetizioni della procedura, può risultare insufficiente o inadeguato per l'analisi citologica o istologica.

4. COSA PUÒ SUCCEDERE-EVENTUALI COMPLICANZE

L'ago-biopsia percutanea è una procedura in genere ben tollerata, con un fastidio solitamente limitato alla sensazione di dolore provocata dall'introduzione dell'ago. Le complicanze e la loro frequenza dipendono dall'organo e dalla sede della lesione e possono comprendere:


- **Complicanze minori:**
 - Stravasi di sangue nella sede della puntura;
 - Ematomi di parete;
 - Crisi vagale (svenimento, bradicardia, calo pressorio, sudorazione).
- **Complicanze medie o maggiori** (che dipendono dalla sede di biopsia):
 - Emorragie interne, generalmente si tratta di sanguinamenti di modesta entità e transitori in addome (ematomi intraparenchimali, sangue nelle vie biliari/emobilia), sangue nella cavità addominale/emoperitoneo) o in torace: (emotorace; stravasi di sangue intra-alveolare/emottisi).
 - Perforazione o lacerazione di organi disposti lungo il tragitto dell'ago (in addome la perforazione di anse intestinali; in torace: penetrazione di aria nello spazio pleurico/pneumotorace, questa complicanza, frequente, rimane per lo più senza conseguenze e non provoca particolari disturbi. Nel caso in cui l'aria penetrata nella pleura sia abbondante, potrà rendersi necessario aspirarla, inserendo un tubo di drenaggio toracico che richiederà la permanenza in ospedale per alcuni giorni).
- Inseminamento (*seeding*) di cellule neoplastiche lungo il tragitto dell'ago.
- Shock settico.

L'*équipe* assistenziale è in grado di gestire le possibili complicanze.

5. PREPARAZIONE NECESSARIA-RACCOMANDAZIONI

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso e le indicazioni sono generalmente specifiche per l'organo sede della lesione:

- **Agoaspirato/agobiopsia di organi superficiali** (ad es. tiroide, mammella, linfonodi, ghiandole, cisti) non è necessaria alcuna preparazione e viene solo consigliato riposo nelle prime ore successive al prelievo. Si tratta di procedure eseguibili in regime ambulatoriale.
- **Agoaspirato/agobiopsia di organi profondi** (es. fegato, polmone, rene) la procedura viene eseguita in regime di DH o ricovero. In questo caso sono necessari:
 - Un prelievo di sangue recente dell'emocromo e della coagulazione (risalente al massimo a 10 giorni prima della procedura, in pazienti ambulatoriali non in terapia anticoagulante);
 - In caso di assunzione di terapie anticoagulanti/antiaggreganti occorre la valutazione dei medici radiologi di ASST Santi Paolo e Carlo che valuteranno caso per caso la sospensione dei farmaci qualche giorno prima della procedura (Rif. "contatti utili").

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO AGOBIOPSIA PERCUTANEA SOTTO GUIDA ECOGRAFICA O TC</p>	<p style="text-align: right;">AST_RAD_545_Ed01</p> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici</p> <p>Data di Emissione: 19.05.2023</p>
---	--	---

In caso di **agoaspirato/agoabiopsia** di organi profondi prima di eseguire la procedura:

- È necessario essere a digiuno da almeno 6 ore;
- Verrà **posizionato un accesso venoso**;

Al termine della procedura occorre **un periodo di osservazione nelle ore successive presso il reparto di degenza o di DH**, per valutare l'insorgenza di eventuali complicanze.

In relazione al tipo di patologia da studiare il medico può ritenere necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto (mdc). Se l'indagine può prevederne l'utilizzo, è necessario leggere l'informativa e firmare l'apposito modulo

6. RISCHIO PER L'ESPOSIZIONE A RAGGI X

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.

Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02/4022.2039/2465; mail: info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it

Io sottoscritto (*nome e cognome*) **dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

Data.....

Firma.....

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO AGOBIOPSIA
PERCUTANEA SOTTO GUIDA ECOGRAFICA O TC**

AST_RAD_545_Ed01

Approvazione: Direttore Dipartimento
Area dei Servizi Diagnostici

Data di Emissione: 19.05.2023

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Lingua parlata: Italiano: Sì NO Altro:

Peso (kg):

INDAGINE RICHIESTA:

Spazio etichetta

QUESTIONARIO ANAMNESTICOHa già eseguito anestesie locali? SÌ NOSe sì ha avuto reazioni allergiche? SÌ NOHa importanti allergie a farmaci o altre sostanze? SÌ NO**CONSENSO INFORMATO**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato dichiaro di:

Accettare **Rifiutare l'indagine proposta**

Firma del paziente: **Data:** ____/____/____

Se minore:

Padre - Nome Cognome: Data di nascita: Firma:

Madre - Nome Cognome: Data di nascita: Firma:

Tutore/Amministratore di sostegno:

.....
(nome, cognome e firma)

Eventuale Interprete/Testimone:

.....
(nome, cognome e firma)

Firma e timbro (o matricola) del Medico:

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

NOTA: ** In caso di revoca successiva del consenso

Data:

Firma dell'interessato (Nel caso di minore, firme dei genitori):

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Osservazioni: