



Ce.D.A.L. RADIOLOGIA

Sede legale: MILANO - P.le Istria, 3

Sede operativa: GALLARATE - Via Vespucci, 24

P.IVA 03903370157 – Tel. 0331 792457 797529

e-mail radiologia@cedal.net amministrazione.radiologia@cedal.net

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI MAMMOGRAFIA

L'esame mammografico con tomosintesi è una metodica ad emissione di raggi X che consente di studiare il parenchima mammario.

Questo esame espone a radiazioni, per cui vanno eseguiti solo in presenza di una motivazione clinica specifica.

Le donne che intendono sottoporsi a questi esami devono escludere gravidanze in corso.

Gli esami non sono dolorosi né fastidiosi. La persona è posizionata sull'apparecchio radiologico secondo posizioni previste per lo studio richiesto.

Gli esami effettuati potranno portare ad una diagnosi, ad un sospetto diagnostico, alla richiesta di ulteriori approfondimenti e/o controlli.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE ALL'ESECUZIONE DI MAMMOGRAFIA

Il Paziente _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Tel. _____

**in caso di minore/tutelato, nome e cognome
del genitore Tutore** : _____

informato/a e consapevole:

- che l'esame richiesto dal mio medico di medicina generale o dal mio medico di fiducia è l'esame più appropriato;
- di aver compilato l'allegato questionario preliminare all'esecuzione dell'esame
- che l'esame è eseguito nell'ambito dello **screening per la prevenzione del carcinoma** mammario e di aver compilato l'autocertificazione relativa
- di aver ricevuto, compreso e recepito le informazioni ed i chiarimenti che mi sono stati dati

accetto di essere sottoposto agli esami proposti

Data _____ Firma _____

**IN QUANTO DONNA IN ETA' FERTILE DICHIARO DI NON ESSERE IN STATO DI
GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

Firma della Paziente _____

Firma del Medico Radiologo _____



Ce.D.A.L. RADIOLOGIA

Sede legale: MILANO - P.le Istria, 3

Sede operativa: GALLARATE - Via Vespucci, 24

P.IVA 03903370157 – Tel. 0331 792457 797529

e-mail radiologia@cedal.net amministrazione.radiologia@cedal.net

SINTESI DELLA STORIA CLINICA PER MAMMOGRAFIA

Il Paziente _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Tel. _____

Data dell'ultima mestruazione (anno se in menopausa) _____

Fa uso di terapia ormonale per la menopausa? (es. cerotti?) SI NO

Quando ha fatto l'ultima mammografia (almeno l'anno)? _____

Quando ha fatto l'ultimo esame ecografico al seno (almeno l'anno)? _____

Ha mai eseguito agoaspirati o biopsie al seno? SI NO

Tra i parenti stretti è stato diagnosticato tumore maligno al seno? SI NO

Se SÌ, a che età è stata fatta la diagnosi? _____

Ha noduli al seno? SI NO DX SX

Ha secrezioni al capezzolo? SI NO DX SX

Ha subito interventi al seno? SI NO DX SX

Se SÌ, quale/i e in che anno? _____

Qual è stata la diagnosi finale? _____

Motivo dell'esame odierno? _____

Firma _____