



**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI MAMMOGRAFIA IN PAZIENTI  
PORTATRICI DI PROTESI MAMMARIA**

La Sig.ra \_\_\_\_\_, nata il \_\_\_\_\_

dichiara di essere portatrice di protesi mammaria/e.

La tecnica di studio della mammografia prevede la compressione e la trazione della ghiandola mammaria, si possono quindi paventare dei rischi che vengono di seguito elencati.

- La compressione della mammella è indispensabile per l'esecuzione corretta dell'esame, essa può comportare il rischio della rottura dell'apparato protesico in rari casi, legato eventualmente a problemi già esistenti, come ad esempio, usura delle protesi o rotture già in atto, sebbene non note;
- La compressione della mammella, indispensabile per la corretta esecuzione dell'esame, può altresì comportare una dislocazione protesica;
- La sensibilità dell'indagine può essere ridotta per possibile sovrapposizione degli elementi protesici.

Sulla base di quanto sopra specificato, la Direzione declina ogni responsabilità su eventuali reclami per danni sulle protesi attribuiti all'esame mammografico, non essendo tale condizione di causa-effetto dimostrabile e non essendo riportato in letteratura medica alcun caso a riguardo. Consapevole di quanto sopra esplicitato la sottoscritta:

Acconsente all'esecuzione dell'esame mammografico

Non acconsente all'esecuzione dell'esame mammografico

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_