



REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

AZIENDA A.S.L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

U.O.S.D. di Screening del Cervico-Carcinoma e  
Citodiagnostica

Tel. 0872/706308

fax 0872/706459

e.mail: citologia.lanciano@asl2abruzzo.it

N° VERDE 800893436



## SCHEDA INFORMATIVA PER PRELIEVO OCULARE

### **Atto Sanitario:**

prelievo oculare per diagnostica citologica.

### **Cosa si intende per Prelievo oculare:**

si effettua il grattamento con una spatola smussa sulla mucosa congiuntivale e/o palpebrale e/o bulbare. Dopo questo atto si stempera in un barattolino contenente la soluzione di PreserverCyt. Questa soluzione è un liquido fissativo che impedisce la degenerazione del materiale prelevato. Il materiale cellulare verrà utilizzato per l'esame citomorfologico e/o per eventuali esami di biologia molecolare.

### **Possibili risultati conseguibili e possibili inconvenienti:**

Con l'esame citologico vengono esaminate le cellule prelevate e l'eventuale flora batterica/micotica presente. I possibili risultati dell'esame citomorfologico potrebbero essere:

- Negativo per cellule neoplastiche (presenza o assenza di alterazioni infiammatorie, presenza o assenza di agenti patogeni)
- Positivo per cellule neoplastiche
- Inadeguato (in questo caso è necessaria la ripetizione del prelievo)

### **Possibili alternative:**

l'esame biptico della lesione.

### **Possibili complicanze:**

nessuna.

**Nessun problema** di recupero o ricadute sull'attività lavorativa, nell'ambito della vita familiare o sociale.

### **Idoneità organizzativa e delle strutture tecnologiche dell'Unità Operativa:**

L'U.O.S.D. Screening cervico carcinoma e di Citodiagnostica comprende un settore di Biologia Molecolare, dotato di strumentazione all'avanguardia e dedicato all'esecuzione di test di ultima generazione (test HCII, PCR, mRNA e p16/ki67) Partecipa nell'ambito di programmi di ricerca e studi sull'HPV a livello Regionale, Nazionale ed Europeo.

### **Possibili esiti del non trattamento:**

In caso di infezione possibile persistenza ed in caso di lesione possibile persistenza e/o progressione.

***Con la presente informativa prendo atto che la risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento mi è stata fornita nel corso del colloquio con il Dirigente Sanitario.***

***Ho letto e compreso quanto sopra.***

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del Dirigente Sanitario \_\_\_\_\_