



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 DI SECREZIONE SPONTANEA DELLA MAMMELLA

### **Atto Sanitario:**

Prelievo di materiale cellulare da secrezione spontanea della mammella per diagnostica citologica.

### **Cosa si intende per prelievo della secrezione spontanea della mammella:**

raccolta di materiale cellulare dopo “*apposizione*” di uno o più vetrini sul capezzolo. Questo materiale cellulare verrà utilizzato per l’esame citomorfologico.

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

i possibili risultati dell’esame citomorfologico potrebbero essere:

- “negativo per cellule neoplastiche” associato o no a lesione infiammatoria (es. mastite), associato o no a lesione benigna (es. iperplasia intraduttale)
- positivo per cellule neoplastiche
- inadeguato (in questo caso è necessaria la ripetizione del prelievo).

**Possibili alternative:** citologia agoaspirativa e/o esame biotipico della lesione (in presenza di un nodulo).

**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 è dotata di un laboratorio con attrezzature automatiche all’avanguardia atte a processare e colorare in maniera ottimale i preparati citologici.

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

Possibilità di evoluzione verso il carcinoma in caso di lesione preneoplastica.

***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  
\_\_\_\_\_