



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



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

SCHEMA INFORMATIVA PER PRELIEVO CAVO ORALE

Atto Sanitario:

Prelievo di materiale cellulare del cavo orale per diagnostica citologica e/o molecolare (ricerca HPV)

Cosa si intende per prelievo del cavo orale:

Il prelievo viene effettuato per grattamento con una spatola nella zona del cavo orale dove è presente la lesione. Con questo atto viene raccolto del materiale cellulare che verrà stemperato in un barattolino contenente un liquido fissativo che impedisce la degenerazione del materiale prelevato. Il materiale cellulare verrà utilizzato per l'esame citomorfologico e per eventuali esami di Biologia Molecolare.

Possibili risultati conseguibili e possibili inconvenienti:

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: esame biotico 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) partecipa nell'ambito di programmi di ricerca sull'HPV a livello Regionale e Nazionale ed Europeo.

Possibili esiti del non trattamento:

Possibilità di evoluzione verso il carcinoma orale in caso di cheratosi orale.

In caso di positività per infezione da HPV possibilità di sviluppo di leucoplasia virale con conseguente trasformazione verso lesioni più gravi.

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
