



Sig. \_\_\_\_\_

Data di prenotazione esame \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

- Presentarsi muniti di:
- impegnativa per - **ecografia prostatica con agobiopsia**
  - impegnativa per - **esame istologico**
  - codice fiscale
  - documentazione valore ematico del PSA
  - documentazione clinico-radiologica precedente

**Nell'impossibilità di rispettare l'appuntamento si prega cortesemente di avvisare con due giorni di anticipo telefonando ai numeri sopraindicati.**

## AGOBIOPSIA PROSTATICA

### Preparazione:

Previa consultazione con il Medico curante o di reparto eseguire **terapia antibiotica**, a scopo preventivo, con fluorochinolone a scelta **per 5 giorni** a partire da quello che precede l'esame.

### Giorno dell'esame:

- Al mattino **clistere di pulizia** (tipo **CLISMA LAX**).
- Digiuno sino all'espletamento dell'esame.

**DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA:** la **BIOPSIA PROSTATICA** è una indagine diagnostica che si esegue nel sospetto clinico e/o ecografico di neoplasia. Viene espletata per via transrettale mediante ago sterile monouso montato su sonda ecografica dedicata. Il prelievo di campioni di tessuto avviene attraversando la parete del retto. Per tale motivo, allo scopo di prevenire complicanze infettive, è necessario associare alla terapia antibiotica richiesta una accurata pulizia intestinale. Per ridurre le possibilità di complicanze emorragiche è indispensabile che **i Pazienti in cura con anticoagulanti e/o antiaggreganti consultino il Medico Curante o di Reparto** per l'eventuale sospensione o modifica temporanea della terapia.

**TEMPI:** la durata complessiva dell'indagine è di circa 20 minuti.

**DOPO L'ESAME:** è consigliabile osservare un periodo di riposo di 24 ore.

**EFFETTI COLLATERALI:** modeste perdite ematiche con le feci, con le urine o con lo sperma di solito si risolvono spontaneamente in alcuni giorni. È possibile che al termine della procedura **saltuariamente** si verifichino transitori **episodi lipotimici**; è opportuno quindi al momento dell'esame essere accompagnati. In caso di **importanti perdite ematiche, forti bruciori minzionali** e comparsa di **febbre** è opportuno rivolgersi al Medico Curante e contattare il Medico che ha eseguito la procedura biptica.

## CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_

adeguatamente informato sulla natura dell'indagine proposta, sulle modalità di esecuzione, sui possibili inconvenienti e sui benefici attesi, **accetta** di sottoporsi all'**AGOBIOPSIA PROSTATICA**.

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma del Paziente