



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 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/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 _____