



U.O.C. di Radiologia
Portogruaro San Donà di Piave Jesolo
Direttore dr. Giancarlo Addonizio

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER AGOASPIRATO ECO/TC-GUIDATO DI ORGANI PROFONDI E TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI E PROFONDI

Io sottoscritto Sig. / ra _____

Provenienza _____

Nato / a il ____ / ____ / _____ a _____

Dichiaro di avere letto attentamente il presente documento e di avere ricevuto dal dott. _____ (Medico esecutore della procedura) tutte le spiegazioni richieste e utili per la piena comprensione di quanto esposto nel testo, in particolare di aver ricevuto informazioni esaurienti sulla patologia in accertamento, sulle alternative diagnostiche possibili e sulle modalità della procedura, che consiste nell'introduzione attraverso la cute di un ago che verrà diretto nel punto desiderato, controllandone man mano il tragitto con le immagini ecografiche o TAC; quando la punta dell'ago avrà raggiunto la posizione corretta, verrà aspirata tramite una siringa, una piccola quantità di cellule dal tessuto in esame: su tali cellule, disposte su un vetrino, lo specialista patologo effettuerà quindi un primo esame al microscopio, e se la quantità di tessuto prelevata sarà sufficiente, l'indagine sarà terminata; altrimenti potrà essere necessario ripetere la procedura, comunque al massimo per tre volte; l'ago usato è sottile e perciò la puntura, in caso di lesioni superficiali, può causare solo modesto dolore o un modesto spandimento di sangue che di solito si risolve spontaneamente- prudenziale, in questo caso, sarà l'applicazione di un impacco ghiacciato per circa 15 minuti.

Dichiaro inoltre di essere stato informato su eventuali complicanze (pneumotorace, emotorace, emoperitoneo) e loro trattamento, in caso di organi profondi.



Per limitare quanto più possibile il rischio dell'esame

dichiaro

- Di non essere in terapia anticoagulante, (che, se in essere, dovrà essere preventivamente sospesa/modificata.) Allego referto relativo a PT, PTT, conta piastrinica.**
- Eventuali allergie farmacologiche** _____
- Di averne compreso il contenuto.**
- Do, pertanto, il mio consenso ad essere sottoposto a biopsia sotto guida TAC e/o ecografia in sede** _____
- Rifiuto di essere sottoposto a biopsia sotto guida TAC e/o ecografia in sede** _____ **(sono stato completamente informato su tutti i possibili svantaggi del mio rifiuto).**

PER LA DONNA: STATO DI GRAVIDANZA

- Si**
- No**
- Non so**

Firma del PAZIENTE _____

Firma del MEDICO CURANTE _____

Firma del MEDICO RADIOLOGO _____

Data _____