


| | | |
|---|---------------|--|
|  A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli | MODULO | Cons Inform agoaspirato e agobiopsia (RX.MO.2921.00).doc |
| | | Pag1/2 |

S.C. RADIODIAGNOSTICA UNIFICATA VERCELLI-BORGOSIESIA

CONSENSO INFORMATO A SOTTOPORSI AD AGOASPIRATO/ AGOBIOPSIA CON GUIDA ECOGRAFICA

CHE COS'E'

Si tratta di procedure indispensabili per una precisa definizione di natura (benigna/maligna) di una formazione/lesione tissutale identificata con ecografia, TC o clinicamente obiettivabile.

Se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica precisa, specie in donne in stato di gravidanza.

A COSA SERVE?

L'indagine è indicata per la diagnosi in ambito ANATOMO PATOLOGICO di lesioni sia benigne che maligne, ai fini di poter pianificare la più opportuna terapia e/o per guidare l'intervento chirurgico, qualora necessario.

COME SI EFFETTUA

La procedura di agoaspirato/biopsia prevede, sotto guida ecografica il posizionamento di un ago nella lesione per effettuare un prelievo di cellule/tessuto.

AGOASPIRATO (esame citologico). Si esegue con un ago sottile, lo stesso utilizzato per iniezioni intramuscolo, senza anestesia. È prevista l'esecuzione di prelievi multipli nella stessa lesione.

AGOBIOPSIA (esame istologico). Rispetto all'agoaspirato l'ago utilizzato è di maggior calibro e si pratica un'anestesia locale. Generalmente vengono effettuati multipli prelievi nella stessa lesione.

COSA PUO' SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE

L'esame può essere fastidioso raramente doloroso. È necessario rimanere immobili durante la procedura.

Sono evenienze rare le emorragie o ematomi, peraltro di modesta entità e a risoluzione spontanea in pochi giorni; più rare le infezioni. Esiste il rischio molto remoto di sanguinamenti di maggiore entità.

PREP ARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria nessuna preparazione per le procedure di AGOASPIRATO. Per ridurre il rischio di sanguinamento in caso di agobiopsia, occorre, sentito il proprio curante, sospendere l'assunzione di farmaci anticoagulanti o a base di acido acetilsalicilico (aspirinetta) nelle 48 ore precedenti la biopsia. Non è invece necessario interrompere altre eventuali terapie farmacologiche in corso.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

- in qualità di diretto interessato
- in qualità di esercente la potestà genitoriale/tutela legale sul minore


Nome e Cognome _____ nato il _____

Informato/a dal Prof./Dott. _____

sui tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente

- ago aspirato
- ago biopsia

| Stesura: | Verifica: | Autorizzazione: | Emissione: |
|--|---|---|---|
| Annalisa Oppezzo- Dirigente Medico Radiodiagnostica Agosto 2022 | Scipione. Gatti, Direttore ff SC Direzione Medica di presidio Agosto 2022 | Riccardo. Vigone, Direttore ff SC Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia -Agosto 2022 | Riccardo. Vigone, Direttore ff SC Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia -Agosto 2022 |
| <small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small> | | | |

| | | |
|---|---------------|--|
|  A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli | MODULO | Cons Inform agoaspirato e agobiopsia (RX.MO.2921.00).doc <hr/> Pag2/2 |
|---|---------------|--|

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.
- dei rischi relativi /di eventuali danni per la salute (temporanei/permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

ESPRIMO IL MIO CONSENSO ALLA PROCEDURA

RIFUTO DI SOTTOPORMI ALL PROCEDURA

➔ **Data** ___/___/_____ **Firma del Paziente** _____

(Se paziente minorenne è necessaria firma di un genitore o di chi ne fa le veci.)

(da compilare solo da donne in età fertile)

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI **NO**

➔ **Data** ___/___/_____ **Firma della Paziente** _____

(Se paziente minorenne è necessaria firma di un genitore o di chi ne fa le veci.)

Data _____ **Firma e Timbro del Medico RADIOLOGO** _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note.

| Stesura: | Verifica: | Autorizzazione: | Emissione: |
|--|---|---|---|
| Annalisa Oppezzo- Dirigente Medico Radiodiagnostica Agosto 2022 | Scipione. Gatti, Direttore ff SC Direzione Medica di presidio Agosto 2022 | Riccardo. Vigone, Direttore ff SC Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia -Agosto 2022 | Riccardo. Vigone, Direttore ff SC Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia -Agosto 2022 |
| <small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small> | | | |