

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Cons Inform agoaspirato e agobiopsia (RX.MO.2921.00).doc <hr/> 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:
<i>Annalisa Oppezzo- Dirigente Medico            Radiodiagnostica            Agosto 2022</i>	<i>Scipione. Gatti, Direttore ff SC            Direzione Medica di presidio            Agosto 2022</i>	<i>Riccardo. Vigone, Direttore ff SC            Radiodiagnostica Vercelli e            Borgosesia -Agosto 2022</i>	<i>Riccardo. Vigone, Direttore ff SC            Radiodiagnostica Vercelli e            Borgosesia -Agosto 2022</i>
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	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.*

<b>Stesura:</b>	<b>Verifica:</b>	<b>Autorizzazione:</b>	<b>Emissione:</b>
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>			