

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO PER AGOASPIRAZIONE TIROIDEA

Nome _____ Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Recapito telefonico _____

Gentile Signora/ Egr. Sig.,

questa pagina contiene la sintesi delle informazioni sull'esame a cui Lei sarà sottoposta/o, in modo che possa leggerle con calma e sottoscrivere il consenso all'esecuzione dello stesso.

MODALITÀ DI ESECUZIONE

L'esame ha lo scopo di prelevare un campione di cellule sospette per accertare la natura di neoformazioni (noduli, cisti, masse), specialmente se di consistenza molle e liquida, il cui materiale si presta meglio all'aspirazione con ago.

Infatti, un ago del calibro inferiore a quello per iniezione intramuscolare verrà introdotto nella sede della lesione sotto guida ecografica. Non è prevista anestesia locale dal momento che comporta solo un lieve dolore dovuto alla puntura dell'ago. È possibile che venga effettuata più di una puntura e questo per ottenere materiale sufficiente per la lettura del vetrino da parte del Patologo.

L'esame durerà alcuni minuti al termine dei quali Lei potrà lasciare l'ambulatorio autonomamente.

CONTROINDICAZIONI

Le complicanze dei prelievi con ago sottile sono infrequenti ed in rapporto alla sede ed al tipo di lesione, tuttavia fra le possibili complicanze specifiche dell'esame la principale è l'emorragia, ragione per cui le eventuali terapie in corso con farmaci anticoagulanti ed antiaggreganti devono essere comunicate in maniera preventiva al medico che effettuerà l'esame diagnostico il quale valuterà l'eventuale necessità di sospensione della terapia nei tre giorni precedenti all'esame.

NB nel 10% dei casi l'esame citologico non è diagnostico, soprattutto se il nodulo è inferiore ai 15mm o è molto vascolarizzato. In questo caso il medico valuterà se sia necessario ripeterlo.

CONSENSO INFORMATO

La sottoscritta/il sottoscritto _____ dichiara di essere stata/o informata/o esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di realizzazione dell'esame da eseguire. La sottoscritta/il sottoscritto dichiara inoltre di essere stata/o informata/o in merito alle possibili complicanze che possono derivarne, e di aver ricevuto risposta ai quesiti posti al medico. Dichiara, infine, di esprimere il proprio consenso all'effettuazione dell'esame diagnostico richiesto _____

DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE

DATA _____
L'INFORMATIVA

FIRMA DEL MEDICO CHE HA FORNITO
