

## **NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO AGO-ASPIRATO ECOGUIDATO**

**L'AGO-ASPIRATO** è una indagine diagnostica che permette l'analisi di materiale cellulare con lo scopo di ottenere informazioni circa la natura della lesione in esame.

**PROCEDURA:** si esegue ambulatorialmente, in genere senza l'uso dell'anestesia. Previa disinfezione cutanea, sotto guida ecografica viene inserito per via percutanea un ago sottile nella lesione o zona da esaminare. Il materiale aspirato, opportunamente preparato e colorato, viene successivamente esaminato al microscopio.

L'operazione può essere ripetuta in tutte le zone meritevoli di valutazione. La durata del prelievo è inferiore al minuto.

La puntura dell'ago provoca un leggero fastidio, di solito inferiore a quello provocato da una iniezione intramuscolare.

L'esame è abitualmente ben tollerato. In alcuni casi può formarsi una piccola ecchimosi che si risolve spontaneamente. In casi rari è possibile la formazione di un ematoma che solo eccezionalmente necessita di essere aspirato.

Dopo l'esame, se eseguito a livello del collo, è utile applicare localmente del ghiaccio per un breve periodo di tempo.

**AVVERTENZE: i Pazienti che sanno di avere problemi di coagulazione o che assumono farmaci con azione anticoagulante o antiaggregante, hanno l'obbligo di comunicarlo al Personale medico e/o infermieristico.**

In alcuni casi, indipendentemente dall'abilità dell'operatore e del citologo, quando il materiale aspirato risulti "non diagnostico" o non sufficiente a porre diagnosi di certezza potrà essere consigliata la ripetizione della procedura aspirativa.

**Il Paziente è stato adeguatamente informato sulla natura dell'indagine, sulle modalità di esecuzione, sui possibili inconvenienti e sui benefici attesi.**

## DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile sulle modalità di esecuzione dell'esame radiologico da eseguire.

In particolare mi sono state illustrate, nel corso di un colloquio con il medico, le possibili complicanze legate all'indagine, con particolare riguardo ai rischi specificatamente connessi con il mio caso.  
Pertanto, preso atto di tutte le informazioni,

**Accenso**                       **Non accenso**

allo svolgimento dell'indagine.

### In caso di accettazione

Sono consapevole che, dinanzi ad eventuali complicanze o emergenze, potrebbe rendersi necessario modificare la procedura concordata o eseguire trattamenti diretti a fronteggiare tali evenienze; se in queste circostanze non fosse possibile interpellarmi, **autorizzo** sin d'ora ogni trattamento giudicato utile/necessario.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Il Medico Radiologo \_\_\_\_\_

### In caso di minore/incapace è necessaria la firma di un genitore o rappresentante legale.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/rappresentante

legale di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiaro  
di essere stato/a informato/a riguardo la procedura e pertanto accenso all'esecuzione dell'esame.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o del rappresentante legale  
\_\_\_\_\_

### Revoca del consenso

prima dell'inizio del trattamento                       nel corso del trattamento

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_