

Io sottoscritto Sig. /ra _____

Provenienza _____

Nato /a il ____/____/____ a: _____

Dichiaro di aver 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 soltanto modesto dolore o un modesto spandimento di sangue che di solito si risolve spontaneamente, 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

- Sì
- No
- Non so

Firma del PAZIENTE

Firma del MEDICO CURANTE

Firma del MEDICO RADIOLOGO

Data: _____