

Io sottoscritto Sig. /ra _____

Provenienza _____

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

Dichiara 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 (in alcuni casi potrà essere necessario eseguire un'anestesia locale); quando la punta dell'ago avrà raggiunto la giusta posizione verrà prelevato un frammento dell'organo da esaminare: se la quantità di tessuto prelevata sarà sufficiente, l'indagine sarà terminata; potrà essere necessario ripetere la puntura per prelevare più frammenti; il/i frammento/i prelevato/i sarà/saranno inviato/i in Anatomia Patologica per la diagnosi istologica.

La manovra bioptica causa in genere solo modesto dolore.

Dichiara inoltre di aver ricevuto informazioni esaurienti sulle eventuali complicanze quali ematomi in sede di puntura, pneumotorace ed emorragie parenchimali e/o endocavitarie (emotorace, emoperitoneo, bile-peritoneo), perforazione di visceri cavi nel caso di procedimenti su organi profondi toraco-addominali e di essere stato messo a conoscenza degli eventuali trattamenti o interventi resi necessari o opportuni in caso di eventuali complicanze.

Per limitare quanto più possibile il rischio dell'esame

DICHIARO

- Di averne compreso il contenuto.
- Do, pertanto, il mio consenso ad essere sottoposto a biopsia sotto guida TC e/o ECO in sede _____.
- Rifiuto di essere sottoposto/a a biopsia sotto guida TC e/o ECO in sede _____ (sono stato/a completamente informato/a su tutti i possibili svantaggi del mio rifiuto).

PER LA DONNA: STATO DI GRAVIDANZA

- Sì
- No
- Non so

Firma del PAZIENTE _____

Per il Medico richiedente:

- Dichiaro che il/la paziente non è in terapia anticoagulante né antiaggregante**
- Se sì, i farmaci vanno sospesi 7 giorni prima dell'esame, sostituiti con eparina BPM (basso peso molecolare) secondo dosi stabilite dal curante e proseguita per 4 giorni dopo l'esame. Successivamente ripresa della terapia precedente (se in terapia anticoagulante, consulenza presso il Centro Immunotrasfusionale fino al raggiungimento del valore di INR terapeutico)**
- Eventuali allergie farmacologiche** _____

Firma del MEDICO RICHIEDENTE _____

Firma del MEDICO RADIOLOGO _____

Data: _____