

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI AGOBIOPSIA / AGOASPIRATO
 POLMONARE / PLEURICA / MEDIASTINICA / PARETETORACICA
 PER VIA TRANSTORACICA SOTTO GUIDA ECOGRAFICA**

Il/la sottoscritto/a:

.....

nato/a: il:

SPAZIO PER
EVENTUALE ETICHETTA
IDENTIFICATIVA

dichiaro di essere stato/a informato/a in data dal dr DI ESSERE
 AFFETTO/A DA:

**E CHE PER IL TRATTAMENTO DELLA STESSA E' INDICATO EFFETTUARE AGOBIOPSIA E/O
 AGOASPIRATO SOTTO GUIDA ECOGRAFICA.**

Prima di sottopormi alla procedura ho avuto un colloquio con il Medico che mi ha illustrato gli scopi e le modalità di esecuzione della procedura e gli eventuali effetti collaterali.

L'intervento verrà eseguito da uno o più dei seguenti medici: Dr Marco Biolo, Dr Pietro Geri, Dr Annalisa Busca, Dr Chiara Torregiani,

Il Medico cui potrà fare riferimento è il Dott.:

Descrizione della procedura:

L'agobiopsia / agoaspirato consiste nell'introduzione di un ago nei tessuti, con o senza anestesia locale, per via transcutanea (attraverso la cute) per poter eseguire un campione citologico e/o istologico di un linfonodo o di una massa da definire citologicamente/istologicamente, mediante guida ecografica. Tale metodica permette con discreta precisione di individuare il punto esatto da prelevare e delle strutture che l'ago andrebbe ad attraversare.

Indicazioni e/o vantaggi della procedura:

- Ottenere dei campioni di cellule, liquido o tessuto da poter sottoporre ad esami specifici.

I rischi più comuni di questo intervento sono:

Pneumotorace: presenza di aria nel cavo pleurico, dovuto a lesione polmonare. Può richiedere il posizionamento di un drenaggio toracico.

Sanguinamenti: raccolta di sangue nel cavo pleurico o nei tessuti della gabbia toracica che può essere conseguente a lesione di un vaso; potrebbe richiedere un intervento per rimuovere i coaguli e/o eseguire l'emostasi.

Infezione della cavità toracica: dovuta a inquinamento del cavo stesso, può richiedere un trattamento antibiotico ed eventuale drenaggio con lavaggio pleurico.

Perforazione di organi interni, come pericardio, cuore, polmone, grandi vasi, diaframma, milza, fegato; richiedono di volta in volta trattamenti specifici, ivi inclusi interventi chirurgici di correzione.

Lesione di vasi e/o nervi che possono avere un decorso anomalo o che si trovano troppo in prossimità del percorso che l'ago dovrebbe fare per raggiungere il punto di prelievo; richiedono di volta in volta trattamenti specifici, ivi inclusi interventi chirurgici di correzione.

Il Personale Sanitario e gli ambienti dove si svolgono le procedure sono preparati al trattamento immediato di tutte le possibili complicanze.

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono:

- Impossibilità di eseguire test specifici sul campione di liquido prelevato per avere una eventuale diagnosi più specifica della malattia e quindi di una terapia adeguata

I possibili esiti cicatriziali dell'intervento chirurgico sono rappresentati da

Tale procedura, solitamente, non dà importanti esiti cicatriziali e sono gli stessi di quelli che potrebbe dare un prelievo di sangue con un ago di grosso calibro.

Mi è stato spiegato che le alternative a questo trattamento chirurgico sono:

L'agobiopsia / agoaspirato sotto guida TAC, che consiste nella stessa procedura, eseguita quindi sotto guida radiologica con esposizione a radiazioni ionizzanti, ma con migliore definizione dell'imaging.

AVVERTENZE SPECIALI:

ALLERGIA ALLA LIDOCAINA

La procedura prevede la necessità di somministrare anestetici locali come lidocaina. I soggetti con pregressi episodi allergici in seguito a somministrazione di lidocaina devono avvisare il Medico in modo tale da utilizzare altri anestetici.

Allergia nota LIDOCAINA: NO SI

STATO GRAVIDICO

A causa dell'eventuale impiego di raggi X dopo la procedura per controlli di possibili complicanze, è necessario informare i medici di una eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:

1. DOMANDA:

RISPOSTA:

2. DOMANDA:

RISPOSTA:

Consiglio della necessità, della finalità e dei rischi che questa procedura comporta e delle conseguenze di un eventuale rifiuto. Dichiaro altresì che le informazioni fornite sono state esaurienti e hanno chiarito tutti i miei dubbi in merito alla procedura.

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** di esservi sottoposto di mia volontà.

AUTORIZZO **NONAUTORIZZO** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. ecografia, scopia con raggi X, radiografia del torace) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso.

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

Firma del paziente*:

Firma del medico:

Data:

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e cognome del padre:

Nome e cognome della madre:

Firma del padre:

Firma della madre:

Data:

Data:

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Nome e cognome dell'interprete (stampatello):

Firma dell'interprete:

Documento:

Data:

Nome e cognome del testimone (stampatello):

Firma del testimone:

Documento:

Data:

* la firma deve essere sempre apposta dal paziente, anche se minorenne