ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

CONSENSO INFORMATO ALLA PUNTURA GUIDATA CON ECOGRAFIA AI FINI DIAGNOSTICI CON PRELIEVO CITOLOGICO

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad una puntura guidata con Ecografia a fini diagnostici (agoaspirazione).

La si informa che durante questa manovra si usa l'ecografia per inserire con precisione un ago molto sottile (25G) all'interno di un organo (ghiandola tiroide o parotide o paratiroide) o del sottocute, dei muscoli, dei linfonodi o di una cisti per prelevare alcune cellule dell'organo stesso/del liquido da esaminare al microscopio.
L'ago è estremamente sottile e per tale motivo non viene eseguita alcuna anestesia locale.
L'uso dell'Ecografia riduce il rischio della manovra al minimo, perché permette di seguire il tragitto dell'ago evitando danni agli organi vicini alla zona di interesse.

La procedura viene eseguita dal Medico Radiologo che ha il compito di riconoscere la lesione e posizionare l'ago a tale livello sotto guida ecografica.

Con il Medico radiologo collabora il Medico Anatomo Patologo che ha il compito di eseguire l'aspirazione cellulare, la preparazione, la colorazione e la lettura del vetrino.

Esistono tuttavia dei rischi connessi alla manovra ed in particolare emorragie locali (specie se il sistema della coagulazione è deficitario) che si risolvono solitamente con posizionamento di ghiaccio localmente.

Durante la manovra il Paziente deve evitare ogni movimento, in particolare nel caso di puntura della ghiandola tiroide non deve deglutire al fine di non far muovere la ghiandola con tale atto.

Si precisa come in un certo numero di casi (inferiore al 10%) il materiale aspirato può non essere sufficiente alla diagnosi. Ciò può dipendere dalle caratteristiche della struttura che è stata punta o dalla sua vascolarizzazione. In questo caso Lei verrà contattato e Le sarà comunicato un altro appuntamento per ripetere l'agoaspirazione senza che ciò comporti per Lei alcuna spesa aggiuntiva.

Il/La sottoscritto/a (nome)..... (cognome) .....

dichiara di essere stato informato/a esaurientemente in merito all'esame radiologico da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare. Confermo di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto accetto di sottopormi a questa procedura.

Firma ..... Data .....

DAI DI DIAGNISTICA PER IMMAGINI
Radiologia Gorizia – Monfalcone
Sede di Gorizia: Via Fatebenefratelli 34, 34170 tel. 0481/592232 - centralino 0481/5921 Sede di Monfalcone: Via Galvani 1, 34074 tel. 0481/487240 - centralino 0481/4871

paolo.cassetti@asugi.sanita.fvg.it
radiologiago@asugi.sanita.fvg.it
radiologiamo@asugi.sanita.fvg.it