CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON RADIOFREQUENZA TIROIDEA ECO GUIDATA

Io sottoscritto/a…… nato/a …… il ……..

dichiaro di essere stato/a informato/a in data …….. dal dr. ……..…….

DI ESSERE AFFETTO DA LESIONE NODULARE TIROIDEA CHE PUO' ESSERE TRATTATA CON RADIOFREQUENZA ECOGUIDATA

Radiofrequenza tiroidea (RF): viene eseguita in regime di **Day Hospital**.
La procedura prevede, in corso di esame ecografico, una **sedazione per os e/o per via endovenosa ed una leggera anestesia locale**. Viene quindi posizionato l'ago da RF all'interno del nodulo che deve essere trattato e viene quindi applicata una temperatura elevata solo sulla punta dell'ago che consente di ottenere l'effetto terapeutico della procedura.
La tecnica consente di distruggere una percentuale variabile di tessuto nodulare. Proporzionalmente al tessuto distrutto avviene il miglioramento dei sintomi compressivi e della tumefazione visibile. I risultati si manifestano nelle settimane e nei mesi successivi al trattamento. L'intervento può essere ripetuto a distanza di tempo.

L'INTERVENTO VERRA' ESEGUITO DA UNO DEI SEGUENTI MEDICI: .....

I MEDICI CUI FARA' INOLTRE RIFERIMENTO SONO: .....

Gli eventuali vantaggi potrebbero essere: ottenere una risposta completa al trattamento senza necessitare di un intervento chirurgico

Effetti collaterali: la manovra potrebbe associarsi a dolore o fastidio locali. Nelle prime ore e nei primi giorni successivi all'intervento, può manifestarsi una sensazione di tensione locale. Al bisogno possono essere somministrati farmaci antinfiammatori/analgesici.
Gli effetti collaterali possono essere: ecchimosi superficiali o piccole emorragie senza esiti apprezzabili sul piano clinico. Può comparire anche febbre, a risoluzione naturale nel giro di pochi giorni.
In casi limitati il trattamento può determinare alterazioni della voce (disfonia). L'insorgere di tale segno deve essere prontamente segnalato: nella maggior parte dei casi si tratta di alterazioni transitorie e reversibili legate a edema attorno al nervo laringeo ricorrente.
E' teoricamente possibile un danno permanente della motilità laringea.
Un altro evento raro è l'infiammazione delle fasce muscolari e dei tessuti sottocutanei del collo.
Molto raramente sono state segnalate piccole ustioni cutanee nella sede di inserzione dell'ago.

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

1. DOMANDA:……...…

   RISPOSTA.……

2. DOMANDA:……

   RISPOSTA.……

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

firma del paziente*……..……firma del medico…….Data…….

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

CONSENSO RELATIVO ALL'INTERVENTO DI RADIOFREQUENZA TIROIDEA

IO……

ACCONSENTO / NON ACCONSENTO all'effettuazione dell'intervento su indicato

Firma del paziente*……..Data…….....……

AUTORIZZO / NON AUTORIZZO l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. ……) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel modo più esaustivo le condizioni che le hanno motivate.

Firma del paziente*……Data…….....……

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

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……..……...…

Nome e cognome del testimone (stampatello)……...

Firma del testimone…….……documento……..……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