

CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'AGOASPIRATO ECO-GUIDATO	INFO_RDL-004 Rev. 0 del 02.01.24

Gentile Signora/Egregio Signore,
una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria in oggetto, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché le possibili controindicazioni del trattamento. Tali informazioni, tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. **L'AGOASPIRATO ECO-GUIDATO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

INFORMAZIONI GENERALI E MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'AGOASPIRATO ECO-GUIDATO

L'agoaspirato eco-guidato consiste nel prelievo, mediante ago sottile, di cellule o di liquido della lesione evidenziata e/o descritta alla palpazione, all'ecografia o alla risonanza magnetica. Non viene praticata nessuna forma di anestesia in quanto ostacolerebbe il prelievo stesso (il dolore avvertito è di minima entità, simile a quello di una iniezione intramuscolare). Il materiale prelevato viene inviato al Laboratorio di Anatomia Patologica per l'esame citologico delle cellule. In caso di agoaspirato per svuotamento di cisti, il liquido aspirato verrà sottoposto a esame citologico solo a giudizio del Medico che ha eseguito l'aspirazione. Il risultato dell'esame citologico Le verrà consegnato previa valutazione dello stesso da parte del Medico Radiologo.

RISCHI E POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

L'agoaspirato eco-guidato è un esame a basso rischio di eventi avversi. Gli effetti collaterali, così come indicato dalle linee guida scientifiche, consistono in possibile infezione o sanguinamento nel sito ove è stata eseguita l'aspirazione. L'infezione è assai rara, anche perché vengono rispettate tutte le regole per operare in condizione di asepsi. Il sanguinamento solitamente si limita ad un ematoma. A tal proposito è importante segnalare all'operatore l'eventuale assunzione terapeutica di farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti. Con riferimento all'agoaspirato mammario in paziente con protesi mammaria, si segnala che esiste il rischio, nell'esecuzione dell'esame, di perforazione della protesi medesima.

ANAMNESI E VALUTAZIONE DELLE CONTROINDICAZIONI

Prima di eseguire il trattamento è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di determinate situazioni cliniche. Pertanto, consapevole dell'importanza di fornire informazioni precise e veritiere in merito al mio stato di salute, in quanto il trattamento potrebbe non essere indicato o addirittura controindicato in presenza di alcune patologie e/o stati personali, dichiaro:

Assume farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti?	☐ SI ☐ NO
E' affetto da patologie della coagulazione o altre malattie a rischio emorragico?	☐ SI ☐ NO

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al Test in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare l'esame proposto dal medico, potrebbe essere valutata la possibilità di eseguire un test diagnostico alternativo, essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: i) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; ii) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'AGOASPIRATO ECO-GUIDATO	INFO_RDL-004 Rev. 0 del 02.01.24

DATI IDENTIFICATIVI	
COGNOME E NOME	
DATA DI NASCITA	
NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE, SE MINORE/INCAPACE:	
DATI SANITARI COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO	
DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA 	
MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'AGOASPIRATO	
Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi all'AGOASPIRATO ECO-GUIDATO. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di: ☐ diretto interessato al trattamento ☐ tutore di ☐ esercente la responsabilità genitoriale su	
☐ acconsente	☐ non acconsente
All'esecuzione dell'atto sanitario sopra indicato.	
Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):	
Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi. Firma del medico:	
Il/la sottoscritto/a (Paziente): dichiara inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole. Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):	