



data di emissione: 22/06/2021

redatto da AQ:

verificato da RQ:

approvato DIS:

nome file:

### CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL' A.A. TIROIDEO ECOGUIDATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ sono stato/a adeguatamente informato/a dal dott. \_\_\_\_\_ della necessità di procedere ad ago biopsia/ago aspirato allo scopo di verificare la natura dei **noduli tiroidei** da cui sono affetto/a e in particolare a escludere la presenza di una **patologia tumorale**. L'agoaspirato tiroideo è generalmente consigliato (dal radiologo o dall'endocrinologo) a tutti quei pazienti che presentano **noduli sospetti** alla valutazione morfologica ecografica.

In particolare ho ricevuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda: sono stato informato dei problemi tecnici, ( puntura della zona con aspirazione attraverso l'ago di piccola quantità di tessuto che sarà inviato al laboratorio per l'accertamento istologico), dei benefici e dei disagi legati alla manovra , che è ritenuto comunque il metodo più semplice ed utilizzato per la diagnosi delle alterazioni tiroidee. Mi sono state anche illustrate le eventuali alternative che presentano una minor sicurezza diagnostica e i relativi vantaggi e pericoli.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è il rischio di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Ho discusso di tali eventualità con il medico curante e/o specialistico ed ho comunque appreso che nel mio caso, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Sono stata consigliata di portare con me i referti elencati nella pagina successiva e sospendere due/tre giorni prima dell'esame eventuali farmaci anticoagulanti.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto (barrare il caso che interessa):

 Acconsento

 **NON** Acconsento

All'agobiopsia /ago aspirato tiroideo

\_\_\_\_\_  
Firma del medico

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente

Villafranca di Verona, li \_\_\_\_\_



titolo: CONSENSO INFORMATO A.A. ECOGUIDATO ALLA TIROIDE

Pag. 2  
di 2

data di emissione: 22/06/2021

redatto da AQ:

verificato da RQ:

approvato DIS:

nome file:

**DA COMPILARE O ACCLUDERE COPIA DEL REFERTO DA PARTE DEL MEDICO CURANTE:**

- **PT**
- **PTT**
- **EMOCROMO**

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma del Medico Curante)