

5.13 CONSENSO INFORMATO PER AGO ASPIRATO ECOGUIDATO

Il Medico Radiologo insieme al Suo Medico di Base ha ritenuto opportuno proporre un agoaspirato ecoguidato a fini diagnostici.

La procedura di agoaspirazione mira ad ottenere un campione di tessuto o a svuotare una cisti o una raccolta. La guida ecografica permette di spostare l'ago con precisione nel bersaglio.

La procedura comporta, di norma, solo un modesto fastidio

Esistono dei rischi connessi alla prestazione quali:

- 1) emorragia, specialmente se il sistema della coagulazione è deficitario;
- 2) perforazione della pleura con conseguenti complicazioni nel caso di punture sulla parete toracica.

Queste evenienze sono piuttosto rare.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ in provincia di _____ il _____

residente a _____ in provincia di _____

in Via/Piazza _____ tel _____

D I C H I A R A

Di essere stato/a informato/a esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di realizzazione dell'esame radiologico da eseguire. Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere stato/a informato/a delle possibili complicanze che possono derivarne e di aver ricevuto risposta ai quesiti posti al Medico. Dichiara, infine, di esprimere il proprio consenso alla effettuazione dell'ago aspirato ecoguidato.

In fede

FIRMA PAZIENTE _____

FIRMA DEL MEDICO _____

DATA _____