

## MODULO INFORMATIVO ESAME AGO-ASPIRATO TIROIDEO: CHE COS'È - A COSA SERVE – COME SI EFFETTUA

Consiste nella puntura di un nodulo della tiroide con ago sottile per prelevare delle cellule che saranno esaminate al microscopio da un citopatologo esperto per diagnosticare la natura della lesione.

Il paziente assume la posizione supina, con il collo iperteso ed un cuscino sotto il collo (segnalare eventuali patologie, della colonna cervicale, sindrome vertiginose). Durante la procedura il paziente non deve retrarsi, irrigidire, inghiottire, parlare, fare respiri profondi. La puntura effettuata senza anestesia può provocare un modesto dolore.

Il dolore non significa un rischio o un danno per le strutture del collo ma è insito nella procedura e dura pochi secondi.

### COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Dolore più persistente (che dura qualche minuto), ecchimosi od ematoma (livido cutaneo) nella sede della puntura (va segnalata al medico eventuale terapia con farmaci anticoagulanti).

Qualche volta (circa il 15% dei casi) l'agoaspirato può risultare "non diagnostico" per una adeguata presenza di cellule.

In questa eventualità, che dipende in genere dalle caratteristiche del nodulo piuttosto che dall'abilità dell'operatore, verrà valutata la possibilità di una ripetizione dell'esame a distanza (comunque mai prima di 30 giorni).

Esiste infine la possibilità di falsi positivi (< 3%) e di falsi negativi (< 2%).

Pertanto il risultato dell'agoaspirato deve essere sempre valutato nel contesto del caso clinico e mai come unico esame da cui scaturisce la decisione diagnostico-terapeutica.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

## ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'AGO-ASPIRATO TIROIDEO

### DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

(2) in qualità di tutore del paziente \_\_\_\_\_

Informato/a dal Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente l'ago-aspirato tiroideo.

#### Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;

- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;

- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione** delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

**Valuto** le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

**ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA**

**RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA**

Medico radiologo ■ \_\_\_\_\_

Eventuale interprete: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente ► \_\_\_\_\_

### POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) concernente il trattamento dei dati personali e della privacy.

**La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente ► \_\_\_\_\_