

CONSENSO INFORMATO ALLA PUNTURA GUIDATA CON ECOGRAFIA O TAC A FINI DIAGNOSTICI

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

Il Suo Medico Curante ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad una puntura guidata con Ecografia o TAC a fini diagnostici (agobiopsia o agoaspirazione). La si informa che durante questa manovra si usa l' Ecografia o la TAC per inserire con maggior precisione possibile un ago all' interno di un organo o di una cisti per prelevare un frammento dell'organo stesso o del liquido da esaminare al microscopio. Questa manovra può evitare un intervento chirurgico che richiederebbe un'anestesia generale.

RISCHI DELLA METODICA

L'uso dell' Ecografia o della TAC riduce il rischio della manovra perché permette di evitare danni agli organi vicini alla zona d' interesse; il fastidio o il dolore che Lei potrebbe provare saranno ridotti al minimo da una anestesia locale e dall' uso di materiali che danno il minimo trauma all'organo interessato. Esistono tuttavia dei rischi connessi alla manovra. Emorragie, specialmente se il sistema della coagulazione è deficitario; perforazione dell' intestino e della pleura con conseguenti complicazioni (in caso di punture addominali o toraciche) sono evenienze piuttosto rare (la probabilità che si verifichino è inferiore al 2% per le emorragie, ed ancora più bassa per quanto riguarda le altre complicanze). Esse richiedono generalmente un ricovero, e talvolta un intervento di tipo chirurgico.

CONSENSO

Il/La sottoscritt..... (nome)..... (cognome)
 nat..... a (Prov di.....), il
 residente a..... (Prov. di.....)
 in via /p.zza..... tel.....

DICHIARA

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 della puntura guidata.

Data

Firma del PAZIENTE.....

Firma del MEDICO RADIOLOGO

PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DEL DLGS 30.12.2003, N° 196

Ai sensi del D.lgs 196/2003, le informazioni fornite verranno trattate con la massima tutela e riservatezza per finalità di gestione amministrativa della pratica. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione della legge, etc.) inviando una richiesta scritta al **titolare del trattamento** ,al seguente indirizzo: Azienda ulss 3 Serenissima , sede legale: via Don Tosatto 147 – 30174 Mestre (VE)