

UOC Radiologia Mestre

**Consenso a biopsia sotto guida ecografica, TC o altra
guida di imaging**

Paziente

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

Indirizzo _____

Telefono _____ Medico Curante _____

Tipo di biopsia _____

Sospetto diagnostico _____

In relazione alla procedura sopra indicata dichiaro di comprendere:

1. Natura e scopo della procedura: PRELEVARE, MEDIANTE UN APPOSITO AGO, UN CAMPIONE DI TESSUTO UTILIZZABILE PER UN ESAME MICROSCOPICO (CITOLOGICO O ISTOLOGICO) AL FINE DI RENDERE PIU' ACCURATA LA DIAGNOSI.

2. Possibili rischi connessi alla procedura: EMORRAGIE, INFEZIONI O ALTRI EVENTI CHE POTREBBERO RICHIEDERE UN INTERVENTO CHIRURGICO.

CONSENSO: la procedura sopra indicata mi è stata spiegata e ho ottenuto risposta alle domande che ho posto. Riconosco che non mi è stata data alcuna garanzia circa la riuscita della procedura. Esprimo il mio libero consenso all'esecuzione della procedura.

Data ____ / ____ / ____ Firma del Paziente _____

Firma del Medico Radiologo _____