

 <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano</p>	<p>S.C.D.U. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO) Dirigente F.F.: Prof. Andrea VELTRI Tel. 011-902.6401 - Fax 011-902.6303 E-mail: radiologia@sanluigi.piemonte.it</p>	 <p>REGIONE PIEMONTE</p>
---	---	---

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI AGOBIOPSIE PERCUTANEE IMAGING-GUIDATE

(Data ultima revisione: 15/07/2012)

Gentile Signore/a,

la patologia riscontrata nel Suo caso richiede un ulteriore approfondimento diagnostico mediante **AGOBIOPSIA PERCUTANEA**.

Per tale motivo La preghiamo di voler leggere con attenzione questo modulo nel quale vengono fornite le informazioni circa le modalità di esecuzione dell'esame, affinché Lei sia in grado di manifestare, anche mediante la **firma** apposta **in calce al documento**, il Suo **CONSENSO INFORMATO** al Medico che richiede e/o esegue l'indagine (Curante o Radiologo).

Qualora non tutte le informazioni risultassero chiare o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al suo Medico Curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

COME SI SVOLGE L'INDAGINE?

L'**agobiopsia percutanea** consente di stabilire la **natura di alcune patologie**, individuate in precedenza con diagnostica per immagini. Tale procedura viene effettuata, in **anestesia locale** e **sotto guida radiologica**, mediante l'impiego di aghi sottili (calibro da circa 0.5 a circa 1.5 mm) al fine di ottenere un aspirato di cellule o un campione di tessuto. Il prelievo viene spesso esaminato estemporaneamente per stabilirne l'**idoneità** (giudizio per lo più quantitativo) e successivamente inviato al **Servizio di Anatomia Patologica** per una diagnosi che consenta un corretto approccio terapeutico (più del 90% dei prelievi effettuati è in media sufficiente per questo scopo).

ATTENZIONE

Come tutte le metodiche invasive, anche l'agobiopsia può comportare delle **complicanze** che, nella nostra casistica, sono mediamente di bassissima incidenza e di lieve entità, e possono variare in rapporto alla sede anatomica della lesione.

Nell'esecuzione di **agobiopsie toraciche**, la complicanza più frequente è lo **pneumotorace**, ovvero il collasso del polmone (circa il 20 % delle procedure in base ai dati di letteratura, inferiore a tale percentuale nel nostro Centro), quasi sempre di limitata estensione e raramente con necessità di successivo drenaggio (circa il 5 %). I casi di **emoptoe** (ovvero l'emissione di sangue dalla bocca con la tosse), tutti di lieve entità, si sono finora sempre risolti spontaneamente.

Nei restanti casi la complicanza più frequente risulta essere il **sanguinamento locale** che, in caso di normalità dei fattori della coagulazione, è di breve durata e circoscritto alla sede del prelievo.

La **mortalità** è **molto bassa**, inferiore allo 0,1% delle procedure effettuate.

Nel Suo caso, la situazione clinica può comportare un aumento del rischio e della gravità di complicanze per il/i seguente/i motivi:

.....

Le procedure in oggetto possono inoltre comportare l'impiego di Raggi X, con rischi particolari nel caso di donne in età fertile nel sospetto di gravidanza, in quanto potrebbero provocare danni nel nascituro. Con la firma del presente modulo Lei dichiara di non essere in gravidanza.

CONSENSO

Io sottoscritto/a..... nato/a a il.....

(*genitore o tutore legale di

sono stato informato dal Dott. in data.....

che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un'**AGOBIOPSIA PERCUTANEA**.

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione sopra riportata inerenti i benefici attesi dall'esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, eventuali alternative e il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta e quindi, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

Timbro e firma del Medico che acquisisce il consenso.....

Timbro e firma del Medico Radiologo che esegue la procedura.....

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore
del giorno **revoco il consenso** alla precitata procedura, consapevole delle
conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

Timbro e firma del Medico Radiologo che esegue la procedura.....