



SPIEGAZIONI PRELIMINARI ALLA PROCEDURA DI AGOASPIRATO

COGNOME E NOME _____

DIAGNOSI _____

PROCEDURA PROGRAMMATA _____

Le procedure di agoaspirazione per esame citologico, si eseguono nei casi in cui ci si trovi di fronte ad una patologia della quale non sia possibile determinare con sufficiente affidabilità, con altre metodiche non invasive, la natura benigna o maligna o anche l'organo o i tessuti di provenienza della lesione.

POSSIBILI COMPLICANZE

La procedura viene sempre eseguita sotto continuo controllo tramite rx scopia, ecografia o TC, per controllare il corretto posizionamento dell'ago prelevatore nella lesione e rilevare prontamente eventuali complicanze. Le complicanze possibili differiscono significativamente tra le procedure di citoaspirazione e agobiopsia.

Nel caso dei CITOASPIRATI (AGOASPIRATI) di strutture superficiali (seno, tiroide, tessuti molli) sono solitamente limitate alla sede della puntura, con possibile dolenzia o gonfiore dovute a formazione di raccolte ematiche, fenomeni peraltro infrequenti grazie al calibro estremamente ridotto degli aghi impiegati. Normalmente la sintomatologia si risolve spontaneamente o con una terapia antiflogistica e, se necessario, antibiotica. In casi eccezionali può essere necessario drenare la raccolta.

Come in ogni procedura percutanea sono possibili, anche se veramente rare, infezioni nella sede della puntura; ovviamente viene effettuata una adeguata disinfezione preliminare della cute

Dopo l'esame se dovesse avvertire qualche disturbo avvisi subito il medico o il personale che l'assiste.

Siamo a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento circa le modalità dell'esame, le possibili complicanze e la loro incidenza. Ci chieda tutto ciò che Le sembra importante.



CONSENSO INFORMATO AGOASPIRATO

Il Dottor _____ oggi ha dialogato con me sulle informazioni contenute in queste istruzioni. Durante questo colloquio ho avuto la possibilità di avere ulteriori delucidazioni.

Accetto di essere sottoposto alla procedura. SI NO

Nel caso di rifiuto dell'esame: dichiaro di essere stato informato degli svantaggi possibili, derivanti dal mio rifiuto, per il raggiungimento di una corretta diagnosi e terapia.

DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA _____

FIRMA E NOME DEL MEDICO _____