

Cognome

Nome

Data di nascita/...../.....

Dati identificativi dei genitori (in caso di minori di età) o del legale rappresentante:

Genitore 1.....

Genitore 2.....

Ambulatoriale: SI NO Degente: SI NO (reparto di provenienza: _____)

Consenso informato alla

PUNTURA GUIDATA CON ECOGRAFIA/ TC AI FINI DIAGNOSTICI/TERAPEUTICI

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad una puntura percutanea guidata con Ecografia/TC a fini diagnostici (agobiopsia/agoaspirazione) o terapeutici (posizionamento di drenaggio).

La si informa che durante questa manovra si usa l'ecografia o la TC per inserire con precisione un ago all'interno di un organo/di una cisti per prelevare un frammento di tessuto o del liquido da esaminare al microscopio. Questa manovra può evitare un intervento chirurgico (che richiederebbe un'anestesia generale).

L'uso dell'Ecografia/della TC riduce il rischio della manovra al minimo, perché permette di evitare danni agli organi vicini alla zona di interesse, mentre il fastidio o dolore che Lei potrebbe provare saranno ridotti al minimo da una anestesia locale e/o 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
- possibile perforazione di organi addominali o della pleura (in caso di biopsie addominali o toraciche).

Queste procedure richiedono generalmente un breve ricovero per il monitoraggio clinico e, solo raramente, un intervento di tipo chirurgico a volte mininvasivo.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

DICHIARO

di essere stato/a informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile in merito all'esame radiologico da eseguire, al rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo del MdC e sulle indicazioni ed eventuali conseguenze che da essi possono derivare. (se del caso)

Con il supporto del mediatore culturale Sig _____richiedo delucidazioni in merito a _____

DICHIARO

Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento/atto sanitario proposto e di :

ACCETTARE

NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il mio consenso all'atto sanitario proposto.

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE

La procedura descritta nel presente modulo comporta l'impiego di Raggi X, sconsigliato nel caso di donne con gravidanza in corso, in quanto potrebbe provocare danni al nascituro. Questo comporta che, con la firma del presente modulo Lei dichiara di non essere in gravidanza

DICHIARO

di essere in stato di gravidanza

di NON essere in stato di gravidanza

CONFERMO di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, anche attraverso questo documento, pertanto acconsento a sottopormi a questo esame.

Data ____/____/____

Firma dell'assistito/a e/o del/i legale rappresentante/i _____

MEDICO RADIOLOGO

Data ____/____/____

Firma _____

Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ in qualità di

- Diretto interessato
 Genitore Tutore Amministratore di sostegno

di _____

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro di voler **REVOCARRE** il consenso all'atto sanitario.

Data _____ Firma/e _____