

CONSENSO INFORMATO: TERMO-ABLAZIONE DI NODULO TIROIDEO

Nome del paziente: _____
Data: _____

Il medico mi ha informata/o che ho una patologia della tiroide che può essere trattata con la termo-ablazione.

Confermo di aver avuto una discussione approfondita con il/la dott./dott.ssa _____ e di aver compreso la natura della procedura, i suoi potenziali benefici e possibilità di successo, nonché i possibili rischi, sia durante che dopo la procedura. Ho avuto opportunità di porre domande e le mie domande hanno ricevuto risposte soddisfacenti.

In particolare, confermo che sono stati discussi i seguenti punti.

- Sono consapevole che questa procedura verrà eseguita in:
- Anestesia generale Anestesia locale Sedazione.
- Sono consapevole che verrà utilizzata
- fibra ottica per trattamento laser ago elettrodo da radio-frequenza
- antenna da micro-onde
- inserita attraverso la pelle sotto guida ecografica, per ridurre le dimensioni del mio nodulo o dei miei linfonodi.

Il mio medico mi ha spiegato che ci vorranno settimane o mesi prima che le dimensioni si riducano in modo significativo e che i risultati finali potrebbero non essere evidenti per un anno o più.

Il mio medico mi ha detto che tutte le procedure comportano il rischio di fallire, di complicazioni o lesioni dovute a cause note o impreviste. Il mio medico mi ha inoltre spiegato che questa procedura è generalmente sicura, ma alcuni rischi potenziali della termo-ablazione includono:

- dolore associato alla procedura e/o al processo di guarigione;
- lesioni ai nervi, con conseguente raucedine temporanea o permanente, abbassamento delle palpebre, movimento dei muscoli del braccio/spalle;
- rottura del nodulo trattato;
- sanguinamento e lividi nei tessuti circostanti;
- ustione della pelle
- lesioni alla trachea o all'esofago;
- cambiamenti nei livelli di ormone tiroideo;
- mancata completa distruzione del nodulo tiroideo iperfunzionante;
- mancata riduzione delle dimensioni del nodulo trattato;
- ricrescita nel tempo del nodulo trattato.

Sono stato/a inoltre informata/o che esistono alternative alla procedura, compreso un intervento chirurgico per rimuovere parte o tutta la ghiandola tiroidea, oppure la continuazione del monitoraggio senza alcun intervento. Mi è stata spiegata la natura di queste alternative, con i rischi e i benefici associati.

Autorizzo il/la dott./dott.ssa _____ a eseguire la termo-ablazione del/dei nodulo/i tiroideo/i del lobo destro/sinistro/di entrambi i lobi tiroidei.

Ho letto questo modulo nella sua interezza e ho discusso la procedura con il mio medico. Tutte le mie domande hanno ricevuto risposta in modo soddisfacente.

Firma del/la paziente: _____ Data: _____