

**CONSENSO INFORMATO PER L'AGOASPIRATO ECOGUIDATO
DELLA TIROIDE E DELLE LESIONI CERVICALI**

Io sottoscritto/a.....

nato/a a:..... il...../...../.....

dichiaro di essere stato/a informato/a con chiare e dettagliate spiegazioni dal

Dott..... e con la consegna di informazioni scritte in merito

alla procedura di:

- AGOASPIRATO TIROIDEO con ago sottile per esame citologico
- AGOBIOPSIA ECOGUIDATA con ago tranciante per esame microistologico.

Dichiaro di essere a conoscenza che:

- le finalità cliniche della procedura sono la diagnosi citologica per la valutazione del rischio neoplastico e un più completo inquadramento della malattia tiroidea;
- i rischi della procedura sono: ecchimosi, emorragie tiroidee o extra-tiroidee; infezioni locali; dolore cervicale, danni alle strutture nervose o vascolari del collo. La frequenza complessiva di tali complicanze è minore del 5%;
- possibili esami o procedure alternative sono l'esame istologico su pezzo operatorio chirurgico o il controllo clinico nel tempo;
- i limiti o possibilità di insuccesso dell'agoaspirato tiroideo sono:
 - a. prelievo di materiale non adeguato a porre la diagnosi citologica, con necessità di ripetizione dell'esame (10-15% dei casi);
 - b. mancata diagnosi (falso negativo) di una neoplasia maligna realmente presente (< 3% dei casi);
 - c. diagnosi inappropriata (falso positivo) di neoplasia maligna in presenza di un nodulo benigno (< 3% dei casi);
 - d. prelievo di materiale adeguato con risposta citologica "indeterminata" non dirimente (8-12%)

per tali motivi è comunque necessario il controllo nel tempo della patologia da cui sono affetto/a.

Soddisfatto delle informazioni ottenute, ritengo opportuna la procedura proposta, accettandone i rischi connessi e la necessità di successivi controlli e

AUTORIZZO

Il Dott..... a sottopormi al suddetto esame diagnostico e ad intervenire qualora necessario, per risolvere eventuali complicanze insorte nello svolgimento dello stesso.

Firma del medico

Firma del paziente

Data