

CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE DI AGOASPIRATO TIROIDEO

(Attenzione: in mancanza di una corretta compilazione l'esame non potrà essere effettuato)

Informazioni per il Paziente

Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti, firmato dal Paziente e dal Medico richiedente. La procedura di agoaspirato tiroideo consiste nel pungere con ago sottile, generalmente sotto guida ecografia, una lesione tiroidea e può comportare la formazione di ematoma, specie in soggetti scoagulati, e compressione del nervo laringeo, causando temporaneo abbassamento di voce.

È necessario portare la documentazione clinico-radiologica precedente inerente all'esame da eseguire.

Cognome e Nome: _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Indirizzo: _____ Tel. _____

Interventi Chirurgici al collo: NO SI

Se si quali e quando? _____

Assunzione di farmaci anticoagulanti e antiaggreganti piastrinici: quali ? _____

Se sono assunti tali farmaci, sono richiesti i seguenti tempi di coagulazione:

aPTT _____, INR _____, TP _____; Fibrinogeno _____; PTL _____ in data _____

Accenso ad essere sottoposto alla procedura indicata in data _____ dopo essere stato informato dal Dr. _____ sui vantaggi ottenibili e sui rischi legati alla manovra e alle possibili reazioni avverse associate, statisticamente molto rare.

Firma del Paziente

Data: ____ / ____ / ____ _____

Attesto l'assenza di controindicazioni assolute a sottoporre il suddetto Paziente all'esame di Agoaspirato Tiroideo.

Elementi clinico-anamnestici (in particolare ev. coagulopatie): _____

Quesito diagnostico: _____

Eventuali esami precedenti: _____

Luogo e data

Firma e Timbro del Medico Richiedente

Firma del Medico Esecutore