

**DIPARTIMENTO MEDICO**

**Struttura Semplice Dipartimentale Centro Endocrino Metabolico**

**Responsabile dottor Roberto Sturaro**

**Dirigenti Medici: dottor Roberto Sturaro – dottor Maurizio Raffa –  
dottor Federico Quattrocchi**

**AGOASPIRATO – CONSENSO INFORMATO**

Il Suo Medico Curante ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad una puntura guidata con Ecografia a fini diagnostici (agoaspirazione).

La si informa che durante questa manovra si usa l'Ecografia per inserire con maggior precisione possibile un ago all'interno del nodulo tiroideo (o della ghiandola linfatica o della ghiandola salivare) per prelevare un frammento dell'organo stesso, o del liquido da esaminare al microscopio.

L'uso dell'Ecografia riduce il rischio della manovra, perché permette un prelievo mirato nella zona da sottoporre ad indagine microscopica.

Il rischio più frequente è che si verifichi la formazione di una piccola ecchimosi nel luogo dell'inserimento dell'ago.

\*\*\*\*\*

Il/La sottoscritt ... (nome) ..... (cognome) .....  
nat ... a ..... (Prov. di .....), il .....  
residente a ..... (Prov. di .....)  
in via/piazza ..... tel. ....

**DICHIARA**

di aver preso visione della scheda informativa e di essere stato/a informato/a esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di realizzazione dell'esame da eseguire. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a delle possibili complicanze che possono derivarne e di aver ricevuto risposta ai quesiti posti al medico. Dichiara infine di esprimere il proprio consenso alla effettuazione della puntura guidata.

**In fede**

(firma del PAZIENTE) ..... (firma del MEDICO) .....

Data .....

PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DEL DLGS 30.12.2003, N° 196

Ai sensi del D.lgs 196/2003, le informazioni fornite verranno trattate con la massima tutela e riservatezza per finalità di gestione amministrativa della pratica. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione della legge, etc.) inviando una richiesta al **titolare del trattamento**, al seguente indirizzo: Direttore Generale ASL 1 Imperiese, via Aurelia 97 18038 Bussana di Sanremo (IM)

**DIPARTIMENTO MEDICO**

**Struttura Semplice Dipartimentale Centro Endocrino Metabolico**

**Responsabile dottor Roberto Sturaro**

**Dirigenti Medici: dottor Roberto Sturaro – dottor Maurizio Raffa –  
dottor Federico Quattrocchi**

(firma del PAZIENTE) ..... Data .....

