

**S.C. DI RADIOLOGIA**

Direttore: Dr. Stefano Debernardi

Tel. 015-15154301

Email: stefano.debernardi@aslbi.piemonte.it

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI  
BIOPSIA PERCUTANEA (FNA) SOTTO GUIDA FLUOROSCOPICA-TC- US  
RADIOLOGICA**

Egr. Sig./ra \_\_\_\_\_

la patologia riscontrata nel suo caso richiede un ulteriore approfondimento diagnostico mediante agobiopsia percutanea (FNA).

Tale metodica necessita del suo consenso informato.

Qualora le informazioni che Le forniremo di seguito non Le risultassero chiare ed esaurienti, prima di apporre la firma in calce al presente modul, potrà richiedere ulteriori spiegazioni al Suo Medico curante o direttamente al Medico incaricato di effettuare l'esame.

L'agobiopsia percutanea consente di stabilire la natura di processi patologici, individuati in precedenza con diagnostica per immagini.

Tale manovra viene effettuata, in anestesia Locale e sotto guida radiologica, mediante l'impiego di aghi sottili al fine di ottenere un campione di tessuto.

Il prelievo viene esaminato estemporaneamente per stabilirne l'idoneità e successivamente inviato al servizio di Anatomia Patologica per una diagnosi di natura che consenta un corretto approccio terapeutico (oltre il 90% di esami diagnostici su 2000 prelievi effettuata).

Come tutte le metodiche invasive, anche FNA può comportare delle complicanze, che nella nostra casistica, sono risultate di lieve entità e di bassissima incidenza, le variabili in rapporto al distretto anatomico.

Nell'esecuzione della biopsia toracica la complicanza più frequente è il pneumotorace, quasi sempre di limitata estensione e con necessità di successivo drenaggio in pochi casi.

Le emoftoe, tutte di lieve entità, si sono risolte spontaneamente.

Nei restanti casi la complicanza più frequente risulta essere il sanguinamento locale che, in caso di normalità dei fattori della coagulazione, è di breve durata e circoscritto alla sede del prelievo.

La mortalità è particolarmente inferiore all'1 per mille.

Nel Suo caso la situazione clinica può comportare aumento del rischio e della gravità di complicanze per i seguenti motivi :

Avendo ben compreso quanto mi è stato esaurientemente spiegato, accetto di sottopormi all'intervento diagnostico.

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma dell'utente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico  
\_\_\_\_\_

Direzione Sanitaria di Presidio- Dicembre 2017- Nr. 100