

## MODULO DI INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALL'INTERVENTO MICROINVASIVO PROGRAMMATO DI

**AGOASPIRATO**

**AGOBIOPSIA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_  
ricoverata/non ricoverata presso la "Clinica Santa Caterina da Siena di Torino" dichiara liberamente  
ed in piena coscienza di:

1. Essere informato/a dal Prof. \_\_\_\_\_ della natura e delle caratteristiche cliniche della malattia di cui sono probabilmente affetta;
2. Essere informato/a esaurivamente sulle possibilità terapeutiche, sulle loro caratteristiche, sulle eventuali conseguenze ad esse correlate, prevedibili nei limiti delle attuali conoscenze mediche e sui rischi generici e specifici connessi ad ogni intervento microinvasivo in particolare all'intervento propostomi e di acconsentire pertanto a sottopormi all'intervento microinvasivo di **agoaspirato/agobiopsia** sottoguida ecografica;
3. Acconsentire ad una variazione del trattamento previsto qualora, nel corso dell'intervento, emergano elementi od insorgano fatti nuovi che al momento consigliano, nel mio esclusivo interesse, un trattamento diverso;
4. Essere informato/a del fatto che la scelta del tipo di intervento e dei materiali impiegati è dettata dall'esperienza e prevedibili vantaggi in rapporto al caso clinico in questione;
5. Essere informato/a del fatto che l'intervento microinvasivo non è esente da rischi e possibili complicanze e che tali complicanze possono avere conseguenze sui tempi di guarigione e sul recupero funzionale.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
riconosco che la natura dell'intervento, compresi i rischi, mi sono stati spiegati dal Prof.  
\_\_\_\_\_ in termini che ho capito, e che il medico ha risposto in modo  
soddisfacente a tutte le domande che gli ho posto. Ho disposto di una proroga sufficiente per riflettere.

### DO IL MIO CONSENSO

Firma: \_\_\_\_\_

Firma del Medico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_