

## INFORMAZIONI

### 1) A COSA SERVE

Lo scopo dell'agoaspirato della tiroide è quello di prelevare cellule o liquido da noduli o formazioni cistiche tiroidee al fine di evidenziare eventuali cellule atipiche e pianificare un trattamento terapeutico idoneo.

Il materiale prelevato è sottoposto ad uno studio microscopico per individuare la natura della malattia.

Non esistono alternative meno invasive.

### 2) COME SI ESEGUE

L'agoaspirato è il prelievo di campioni (di sangue o liquidi con cellule) del corpo umano, attraverso l'utilizzo di aghi sottili. Il prelievo viene effettuato sotto guida ecografica. Solitamente non è necessario ricorrere ad una anestesia locale. La durata della procedura è di solito di pochi minuti.

### 3) LE POSSIBILI COMPLICANZE

L'agoaspirato percutaneo può presentare alcuni rischi:

- Lievi : dolore in sede di prelievo con eventuali piccoli ematomi;
- Importanti: emorragia, rara, di solito ben controllabile.

Le sale diagnostiche dove viene effettuata l'agoaspirato percutanea sono attrezzate per far fronte a qualsiasi necessità.

Nel 20% circa dei casi l'esame citologico può risultare non diagnostico e ciò può comportare la necessità di ripetizione della procedura a distanza di qualche settimana o di qualche mese.

### 4) COME PREVENIRE LE COMPLICANZE

La prevenzione delle complicanze emorragiche prevede in primo luogo la conoscenza di eventuali condizioni di rischio quali malattie della coagulazione del sangue o terapie con farmaci anticoagulanti o antiaggreganti. Di ciò il Paziente è tenuto ad informare il Medico che gli propone l'agoaspirato tiroideo poiché la procedura non viene di solito espletata nel corso delle suddette terapie per l'aumentato rischio di sanguinamento.

### 5) A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI COMPLICANZE

Al termine dell'esame lei potrebbe essere tenuto sotto controllo dal Personale Sanitario, con tempi e modi variabili a seconda del tipo di indagine effettuata.

Se dopo la procedura dovesse avvertire dolore, febbre, perdite ematiche importanti o altri disturbi, può immediatamente rivolgersi al Pronto Soccorso di questa Casa di Cura (o di altri Ospedali, se più vicini), dove verranno attuate tutte le procedure del caso. Nei giorni successivi La preghiamo di notificare l'avvenuta insorgenza di tali complicanze al Medico Radiologo che ha svolto l'agoaspirato, personalmente oppure telefonicamente chiamando il nr. 045-6444013.

Io sottoscritto ho compreso le informazioni di cui sopra e ho attuato quanto di mia competenza.

Data .... / .... / .....

Firma del paziente .....

## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto .....in qualità di:

- Diretto interessato all'atto medico
- Tutore di .....
- Esercente la potestà sul minore .....

**Dichiaro di aver letto e compreso** quanto riportato nel modulo **e di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile** dal Dott. ....

che per la malattia di cui sono affetto e per procedere ad una corretta diagnosi è necessaria l'esecuzione di: **agoaspirato ecoguidato della tiroide.**

**Dichiaro di essere stato informato:**

1. sull'importanza diagnostica dell'esecuzione di questa indagine
2. sui rischi connessi all'indagine (in particolare le complicanze emorragiche)

**Dichiaro di:**    " non assumere alcuna terapia anticoagulante o antiaggregante  
                  " assumere terapia anticoagulante / antiaggregante e di averla modificata per consentire l'espletamento di questa biopsia secondo le indicazioni del mio Medico Curante, come da scheda allegata.

A seguito delle informazioni ricevute

      " **Acconsento**

      " **Non Acconsento**

a sottopormi ad **agoaspirato ecoguidato della tiroide** che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

**Data** .... / .... / .....

**Firma del paziente** .....

---

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

**Data** .... / .... / .....

**Firma del medico richiedente** .....

---

Per conferma e verifica di quanto sopra

**Data** .... / .... / .....

**Firma del medico esecutore** .....

**Modulo da consegnare compilato e firmato il giorno dell'esame**

## ISTRUZIONI

La cute del collo dovrà essere pulita, priva di creme, cerotti o bendaggi.

Per gli uomini con barba folta e/o lunga potrebbe essere necessario presentarsi con collo almeno parzialmente rasato in modo da scoprire ampiamente l'area oggetto dell'esame.

Prima dell'ingresso nella sala diagnostica rimuovere orecchini e collane.

E' fortemente raccomandato portare **qualsiasi documentazione sanitaria inerente l'esame** da espletare (cartelle cliniche, visite specialistiche, esami di laboratorio, ECO, TC, RM, PET, ecc.).

E' indispensabile presentarsi munito di **2 distinte Impegnative** (o promemoria cartaceo):

- la prima per **AGOASPIRATO TIROIDE ECOGUIDATO (Codice regionale 06.11.2)**.

Se si tratta di più noduli, sull'impegnativa deve essere riportato il n. di lesioni da tipizzare.

- la seconda per **ESAME CITOLOGICO (Codice regionale 91.39.1)** specificando il n. di prelievi da analizzare

Il Paziente dovrà presentare **tessera sanitaria TS magnetica**; gli assistiti della Regione Veneto devono portare anche **tessera sanitaria di cartone** e **codice fiscale**.


Presentarsi presso l'Ufficio Accettazione con buon anticipo rispetto all'orario fissato per l'esame, allo scopo di effettuare tutte le necessarie pratiche burocratiche.

In caso di rinuncia lasciare messaggio vocale in segreteria telefonica al n. 045 6449230, con

il maggior anticipo possibile per consentire il recupero del posto lasciato libero.

Si prega notare che la normativa vigente stabilisce che:

**la mancata disdetta dell'esame entro il giorno  
precedente l'appuntamento comporta il pagamento  
per intero della prestazione,  
anche per i Pazienti esenti dal ticket.**

|   |  |                    |
|---|--|--------------------|
|  | <b>Informazioni, consenso ed istruzioni per l'esecuzione di<br/>agoaspirato ecoguidato della tiroide</b> | Cod. MOD 88/PGS 05 |
|   |  | Rev. 0             |
|   |  | Data 04/04/2016    |
|   |  | Pagina di 4/5      |

## IN TERAPIA ANTICOAGULANTE O ANTIAGGREGANTE (AC / AA)

### 1) PREMESSA

Qualsiasi procedura bioptica comporta un rischio di complicanza emorragica la cui entità è tanto maggiore quanto più il normale potere coagulativo del sangue è ridotto per motivi patologici (emofilia, epatopatia, ecc.) o per specifiche terapie anti-coagulanti o anti-aggreganti.

### 2) PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE EMORRAGICHE

La prevenzione/riduzione delle complicanze emorragiche – mai del tutto eliminabili - si basa quindi da un lato sulla conoscenza delle suddette alterazioni patologiche, dall'altro sulla possibile temporanea sospensione o riduzione delle terapie anti-coagulanti o anti-aggreganti per una limitata finestra temporale – al centro della quale viene situata la procedura bioptica – per riprenderla subito dopo.

### 3) RISCHI LEGATI ALLA SOSPENSIONE DELLA TERAPIA AC / AA

Le terapie anti-coagulanti o anti-aggreganti vengono prescritte per ridurre il rischio trombo-embolico in gravi patologie cardio-vascolari (fibrillazione atriale, trombosi venosa profonda, trombo-embolia polmonare, ecc.) o dopo particolari interventi (posizionamento di protesi valvolari cardiache, By-pass aorto-coronarici, stents coronarici, ecc.). La loro temporanea sospensione può essere sconsigliata o rischiosa, almeno nelle fasi iniziali della patologia che l'hanno richiesta; il giudizio in questo senso dipende da molteplici fattori.

### 4) MODIFICAZIONE DELLA TERAPIA AC /AA PER BIOPSIE

Non esistono ad oggi protocolli condivisi, sicuri ed universali per la gestione di queste terapie in occasione di biopsie; secondo Alcuni Medici queste terapie andrebbero comunque continuate, mentre secondo Altri andrebbero temporaneamente sospese o ridotte. Anche in quest'ultimo caso non esiste accordo sulle modalità e sulla durata della sospensione o della semplice riduzione.

Ogni singolo Paziente richiede una accurata e specifica valutazione che tenga conto della Sua patologia e del Suo specifico grado di rischio, in quel determinato momento. Questa valutazione individuale può essere operata al meglio solo dal Medico Curante (sia esso Specialista Cardiologo, Cardiochirurgo, Chirurgo Vascolare, ecc. o Medico di Medicina Generale) che ha prescritto le suddette terapie e che periodicamente ne opera l'aggiustamento.

### 5) A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI COMPLICANZE

In caso di sospette complicanze è necessario rivolgersi al Pronto Soccorso di questa Casa di Cura (o di altri Ospedali, se più vicini), dove verranno attuate tutti gli accertamenti e le procedure del caso.

Nei giorni successivi La preghiamo di notificare l'avvenuta insorgenza di tali complicanze al Medico Radiologo che ha svolto la procedura, personalmente oppure telefonicamente chiamando il nr. 045-6444013.

Io sottoscritto ho compreso le informazioni di cui sopra e ho attuato quanto di mia competenza.

Data .... / .... / .....

Firma del paziente .....

**Modulo da consegnare compilato e firmato il giorno dell'esame**

## EVENTUALE MODIFICA DELLA TERAPIA AC / AA

### DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Per quanto indicato sul retro Le chiediamo di consultare il Suo Medico Curante per ottenere da Lui le necessarie istruzioni su come modificare la Sua terapia anti-coagulante o anti-aggregante, permettendole così di affrontare la procedura biotica in condizioni di massima sicurezza.

In casi particolari il Suo Medico Curante potrebbe giudicare troppo rischioso sospendere la terapia in questo momento e potrebbe suggerirLe di rinviare le biopsie di qualche settimana/mese; per questo motivo il Personale Amministrativo dell'Accettazione è autorizzato a fissare il Suo appuntamento solo quando Lei avrà ottenuto il nulla osta e tutte le indicazioni terapeutiche necessarie dal Suo Medico Curante, fornendone attestazione firmata, in calce a questo modulo.

| Per Il Medico Curante  | Per il Paziente  |
|--|--|
| <p>Il Sig. .... può effettuare biopsia di .....<br/>previa ev. modifica della Terapia anticoagulante/antiaggregante<br/>come da schema terapeutico da me prescritto.</p> <p align="center">Data, timbro e firma.</p> | <p>Io sottoscritto .....<br/>Dichiaro di avere compreso quanto sopra<br/>esplicito e di avere modificato la terapia anticoagulante/antiaggregante<br/>secondo le prescrizioni del mio Medico Curante.</p> <p align="center">Data e firma</p> |

**Modulo da consegnare compilato e firmato il giorno dell'esame**