

	Dipartimento Diagnostica per Immagini Area Gestione Operativa SOC Medicina Nucleare Ospedale S. Stefano Prato	Codice INF.DDI.MN.02	Revisione 0	Pagina 1 di 2
	AGOASPIRATO TIROIDE ECO-GUIDATO [Codice catalogo regionale 7G41] AGOASPIRATO LINFONODALE ECO-GUIDATO [Codice catalogo regionale 7G23]			

AGOASPIRATO TIROIDE ECO-GUIDATO
 [Codice catalogo regionale 7G41]
AGOASPIRATO LINFONODALE ECO-GUIDATO
 [Codice catalogo regionale 7G23]

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è stato proposto. E' invitato comunque, prima di sottoporsi al trattamento, a chiedere al medico ogni particolare che non le sia chiaro.

- In cosa consiste

L'agoaspirato è una indagine che permette l'analisi del materiale aspirato da un nodulo o da una zona di tessuto tiroideo..

-Controindicazioni

Non ci sono controindicazioni ma il paziente prima di sottoporsi all'Agoaspirato Tiroideo deve dichiarare se fa terapia con i seguenti farmaci (apporre una crocetta nell'apposito spazio):

ANTIAGGREGANTI
 ASPIRINA
 ANTICOAGULANTI
 COUMADIN

- Preparazione pre-esame

- Le può essere richiesto di sospendere l'assunzione di farmaci di cui sopra.
- Segnalare eventuale riduzione del grado di autonomia e/o autosufficienza

- Indicazioni per il giorno dell'esame

- Rispettare l'orario di appuntamento.
- Presentarsi con la richiesta medica.
- Non indossare collane
- Portare in visione il giorno dell'esame la documentazione clinica medica disponibile (cartelle e relazioni cliniche, analisi ematiche di funzionalità tiroidea, ecografia tiroidea etc)

- Come si esegue

Il paziente viene messo in posizione supina con un piccolo cuscino sotto le spalle, per favorire l'estensione del collo. Si disinfetta la cute; abitualmente non è necessaria l'anestesia. L'esame si realizza con l'inserimento dell'ago attraverso la cute fino all'area da biopsiare sotto la guida ecografia o dopo immobilizzazione del nodulo fra le dita dell'operatore. L'operazione può essere unica o ripetuta più volte fino a raccolta di materiale sufficiente per l'analisi. Tale operazione è di solito ben tollerata e di breve durata (circa 1 minuto); in tale periodo, tuttavia, il paziente NON DEVE NÉ MUOVERSI NÉ DEGLUTIRE.

La sua permanenza all'interno della Medicina Nucleare per la completa esecuzione dell'indagine richiede circa 60 min

-Rischi e possibili complicanze

La puntura provoca un leggero fastidio, come una normale iniezione intramuscolare. Si può percepire una irradiazione del dolore (di breve durata) dietro l'orecchio. È necessario che, dopo la manovra, il paziente comprima il punto del prelievo. In alcuni casi si può formare nel punto di esecuzione dell'Agoaspirato una piccola ecchimosi, che si risolve spontaneamente. A scopo preventivo si può applicare un panno freddo o ghiaccio.

Alternative possibili

Non esistono alternative diagnostiche in grado di fornire le stesse informazioni. Se quanto illustrato in questo foglio non è chiaro o se si necessita di ulteriori informazioni è opportuno chiedere chiarimenti al medico prima di iniziare l'esame. Può contattare il personale della SOC Medicina Nucleare telefonando al 0574 - 801874 / 801862

	Dipartimento Diagnostica per Immagini Area Gestione Operativa SOC Medicina Nucleare Ospedale S. Stefano Prato	Codice INF.DDI.MN.02	Revisione 0	Pagina 2 di 2
	AGOASPIRATO TIROIDE ECO-GUIDATO [Codice catalogo regionale 7G41] AGOASPIRATO LINFONODALE ECO-GUIDATO [Codice catalogo regionale 7G23]			

-Risultati attesi Il referto di una prestazione di Medicina Nucleare deve essere redatto con lo scopo di fornire delle informazioni di carattere diagnostico e/o prognostico e/o terapeutico in grado di soddisfare il quesito clinico proposto redatto dal prescrittore in modo preciso e circostanziato. L'attività di refertazione è di responsabilità esclusiva del medico specialista in Medicina Nucleare (D. Lgs. 101/2020).

-Come fare se

In caso di dubbi contattare il personale della SOC Medicina Nucleare telefonando al 0574 – 801874 / 801862.

-Note: (a discrezione del professionista se situazioni particolari)

.....
 Firma del/della paziente o legale rappresentante Firma del medico

Firma esercenti la responsabilità genitoriale

Firma soggetto giuridicamente legittimato (fiduciario)

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

.....
 Io sottoscritto/a.....sono stato/a informato/a dal Dr. della natura della patologia di cui sono affetto/a, delle modalità di svolgimento della procedura che mi è stata consigliata, delle alternative terapeutiche, dei verosimili risultati attesi, nonché delle possibili complicanze ad essa conseguenti. Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti, pertanto:

ACCONSENTO all'esecuzione della procedura propostami. NON ACCONSENTO all'esecuzione della procedura propostami.

Firma del/della paziente o legale rappresentante Firma del medico

data/...../.....

Etichetta identificativa prestazione paziente