DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
UNITA' OPERATIVA COMPLESSA **RADIOLOGIA**
Ospedale di San Bonifacio Distretti n. 1 e n. 2
UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DIPARTIMENTALE **BREAST UNIT** AULSS 9

CONSENSO INFORMATO ALL'AGOBIOPSIA E/O AGOASPIRATO

(art. 32 Cost; art 31 Codice Deontologico dei Medici)

Io sottoscritta/o_____
sono stata/o adeguatamente informata/o della necessità di procedere ad agobiopsia / agoaspirato allo scopo di approfondire la conoscenza relativa al mio attuale stato di salute.

In particolare ho ricevuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda; sono infatti consapevole dei problemi tecnici, dei benefici, dei disagi nonché delle eventuali alternative con i relativi vantaggi e pericoli.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è il rischio di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Ho discusso di tali eventualità con il Medico Curante e/o Specialistico ed ho comunque appreso che nel mio caso, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto (sottolineare o cerchiare il caso che interessa).

○ **Acconsento** ○ **non acconsento** all'agobiopsia / agoaspirato

Firma del Paziente _____

San Bonifacio, lì _____

(Da compilarsi a cura del Medico)

PT
PTT
EMOCROMO

Firma del Medico _____