



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA ENDOCRINOCHIRURGICA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

Centro Medico Rinascimento

Via Braccianese Claudia 58/a

00062 Bracciano RM

Tel 06 86661332 – 0696741131

Whatsapp 3332211574 - 3892089338 - 3275586281

Info@centromedicatorinascimento.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO – PERSONA CAPACE

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	___/___/___		
Doc. d'identità		n.		del	___/___/___
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome del medico)					
Effettuato il	___/___/___	Relativamente al seguente atto sanitario proposto: (barrare le eventuali caselle del trattamento da effettuare)			

La visita endocrino-chirurgica è una valutazione specialistica finalizzata alla prevenzione, diagnosi e monitoraggio delle patologie della tiroide e delle altre ghiandole endocrine di interesse chirurgico. Durante la visita il medico raccoglie l'anamnesi, valuta i sintomi riferiti dal paziente ed esegue, ove necessario, esami clinici e strumentali.

Gli accertamenti che possono essere eseguiti comprendono:

- visita endocrino-chirurgica;
- ecografia tiroidea e del collo;
- agoaspirato tiroideo (FNA – Fine Needle Aspiration);

Visita endocrino-chirurgica

La visita consente di valutare:

- presenza di noduli tiroidei o aumento di volume della tiroide;
- sintomi quali disfagia, senso di costrizione cervicale, variazioni della voce;
- eventuali patologie tiroidee benigne o sospette;
- indicazione a monitoraggio, approfondimenti o trattamento chirurgico.

Ecografia tiroidea

L'ecografia tiroidea è un esame non invasivo che utilizza ultrasuoni per studiare la tiroide e le strutture del collo.

Consente di:

- valutare dimensioni e morfologia della tiroide;
- identificare noduli tiroidei e loro caratteristiche;
- individuare eventuali linfonodi sospetti;
- guidare eventuale agoaspirato.

L'esame è indolore e privo di radiazioni ionizzanti.



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA ENDOCRINOCHIRURGICA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

Agoaspirato tiroideo (FNA)

L'agoaspirato tiroideo è una procedura diagnostica che consente il prelievo di cellule da un nodulo tiroideo mediante un ago sottile, spesso sotto guida ecografica.

Durante l'esame il paziente può avvertire:

- lieve fastidio o dolore nel punto di inserimento dell'ago;
- modesto disagio temporaneo;

La procedura è rapida e generalmente ben tollerata.

Benefici attesi

Gli accertamenti consentono di:

- diagnosticare e caratterizzare i noduli tiroidei;
- distinguere lesioni benigne da sospette;
- monitorare nel tempo eventuali patologie tiroidee;
- programmare eventuali trattamenti o interventi chirurgici.

Limiti diagnostici

Pur essendo di elevata utilità clinica, gli esami descritti possono non consentire una diagnosi definitiva in tutti i casi.

Potrebbero rendersi necessari ulteriori accertamenti, quali:

- esami del sangue (funzionalità tiroidea);
- scintigrafia tiroidea;
- TC o RM del collo;
- ripetizione dell'agoaspirato;

Possibili disagi o complicanze

Le procedure sono generalmente sicure e ben tollerate.

Possono raramente verificarsi:

- lieve dolore o fastidio locale;
- piccoli ematomi o ecchimosi nel sito di prelievo;
- gonfiore o arrossamento locale;
- infezione (rara);
- sanguinamento (raro);
- reazioni vaso-vagali (capogiri, lieve malessere);

Controindicazioni

Le procedure possono essere controindicate o rinviate in caso di:

- disturbi della coagulazione o terapia anticoagulante (valutazione medica);
- infezioni locali nella zona del collo;
- condizioni cliniche non idonee alla procedura.

DICHIARO CHE:

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sulla **visita endocrinochirurgica** proposta (comprensiva di valutazione anamnestica, esame obiettivo e analisi della documentazione clinico-strumentale), sui benefici attesi, sui limiti, sui possibili rischi, effetti indesiderati e complicanze, nonché sulle eventuali alternative diagnostiche e terapeutiche disponibili;



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA ENDOCRINOCHIRURGICA

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

- di aver avuto la possibilità di riflettere sulla prestazione proposta, illustrata e spiegata durante il colloquio medico;
- di essere stato/a informato/a che la visita endocrinochirurgica è finalizzata anche alla valutazione di un eventuale **trattamento chirurgico**, con discussione delle indicazioni, dei benefici attesi, dei possibili rischi e delle alternative terapeutiche, inclusa la possibilità di non trattamento;
- di essere stato/a informato/a che la visita è una prestazione non invasiva e che non comporta, di norma, rischi significativi; eventuali disagi possono essere correlati alla visita clinica o alla manipolazione delle sedi anatomiche interessate;
- di essere stato/a informato/a che la valutazione specialistica è basata sui dati clinici disponibili al momento della visita e che potrebbe rendersi necessario integrare con ulteriori accertamenti diagnostici per una definizione completa del quadro clinico e per la pianificazione terapeutica;
- di essere consapevole di avere la facoltà di rifiutare, in tutto o in parte, la prestazione proposta;
- di essere consapevole della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione della prestazione.

Pertanto, acconsento all'esecuzione di:

- ☐ Visita endocrino-chirurgica
- ☐ Ecografia tiroidea
- ☐ Agoaspirato tiroideo (FNA)
- ☐ Eventuali ulteriori accertamenti diagnostici

- ☐ **ACCETTO** quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto
- ☐ **NON ACCETTO**, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure
- ☐ **REVOCA (compilare in caso di)**
(data) _____ Firma _____

Data			
Firma della persona assistita			
Firma del medico			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

NEL CASO DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome testimone _____ Firma _____
Nome Cognome testimone 2 _____ Firma _____

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Il/La sottoscritto/a (genitore/tutore)



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO VISITA
ENDOCRINOCHIRURGICA**

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente in: _____

in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore legale

DICHIARA

di aver ricevuto tutte le informazioni relative alla visita endocrino-chirurgica e agli eventuali esami correlati

☐ ACCONSENTE

☐ NON ACCONSENTE

allo svolgimento degli accertamenti sul minore:

Nome e Cognome del minore: _____

Data di nascita: _____

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____