

## UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: **Dr.ssa Francesca Capocchetti**

Via S. Lucia, 2-62100 MACERATA

Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466

E-mail [zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)

### RICHIESTA, INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESAME DIAGNOSTICO DI AGOASPIRATO TIROIDEO ECOGUIDATO

Signor/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### SCOPO

L'agoaspirato tiroideo ecoguidato si prefigge come obiettivo la **diagnosi citologica** dei noduli tiroidei o di altre formazioni del collo (linfonodi). Il materiale estratto mediante ago sottile dalla lesione da esaminare viene depositato su vetrini, fissato, e successivamente esaminato al microscopio.

#### INDICAZIONI (Linee guida AACE):

- Noduli palpabili in accrescimento progressivo
- Noduli che presentino uno o più caratteristiche ecografiche di sospetto [ipoecogenicità, margini irregolari, vascolarizzazione intralesionale (ecopattern vascolare 3), presenza di micro-calcificazioni, diametro A-P maggiore del LONG. e/o del TRASV.]
- Noduli in soggetti ad alto rischio (familiarità per MEN o Carcinoma midollare familiare; Carcinoma papillare o follicolare familiare; anamnesi personale di neoplasia della tiroide; pregressa irradiazione tiroidea)

#### DISPOSIZIONI PER SOSPENSIONE TERAPIA ANTICOAGULANTE/ANTIAGGREGANTE

- Acenocumarolo (**Sintrom**): sospendere 48 ore prima dell'esame; eseguire INR, prima di sottoporsi all'esame (valori INR accettabili <1,5)
- Warfarin (**Coumadin**): sospendere 72 ore prima: eseguire INR, prima di sottoporsi all'esame (valori INR accettabili <1,5)
- Apixaban (**Eliquis**): sospendere 24 ore prima
- Edoxaban (**Lixiana**): sospendere 48 ore prima
- Rivaroxaban (**Xarelto**): sospendere 48 ore prima
- Dabigatran (**Pradaxa**): sospendere 24 ore prima
- Fondaparinux (**Arixtra**): sospendere 24 ore prima
- Eparina Sodica - Calciparina**: sospendere 24 ore prima
- Acido Acetilsalicilico (**Cardioaspirina - Aspirinetta**): non necessaria la sospensione

#### PROCEDURA

Durante l'indagine, sarà richiesto al paziente il mantenimento di una posizione supina e rilassata, a capo iperesteso. Dopo disinfezione cutanea, sotto immagine ecografica continua in tempo reale, un ago sottile è inserito e passato all'interno della lesione. Il materiale estratto è utilizzato per l'allestimento dei vetrini da analizzare. La procedura è paragonabile a qualunque altra puntura cutanea abitualmente non è richiesta anestesia locale. La puntura può essere ripetuta in relazione al quantitativo di materiale estratto e al numero di lesioni da sottoporre ad accertamento. La manovra dura pochi minuti ed è seguita dall'applicazione di un cerotto sterile; in caso di necessità verrà posto un impacco ghiacciato che verrà rimosso dopo 15-20 minuti.

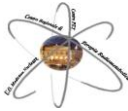
#### CAMPIONE INADEGUATO

In una percentuale limitata di casi, il campione estratto può risultare inadeguato per la diagnosi. In tal caso, a giudizio dello Specialista, l'agoaspirato potrà essere ripetuto.

#### EFFETTI COLLATERALI

La manovra è ottimamente tollerata. Si possono talora verificare:

- Dolore o fastidio locale, transitorio, a volte irradiato alla mandibola o all'orecchio omolaterale. Non sono



**UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE**  
**Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET**

**Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti**

Via S. Lucia, 2-62100 MACERATA  
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466  
E-mail [zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)

richiesti analgesici

- Ecchimosi nella sede di prelievo, a risoluzione spontanea
- Lipotimie o sincopi vaso-vagali, analogamente a quanto si può verificare dopo un prelievo di sangue.

Del tutto eccezionalmente possono comparire rapida tumefazione del collo da stravaso emorragico intratiroideo; disfonia (alterazione della voce), di solito reversibile, per edema dei tessuti attorno al nervo laringeo ricorrente.

**ALTERNATIVE**

L'esame è ritenuto insostituibile per ottenere le informazioni necessarie alla diagnosi

**CONSEGUENZE**

In assenza del dato citologico è impossibile avere informazioni sulla natura del nodulo tiroideo.

**FIRMA DI AVVENUTA INFORMAZIONE**

Macerata, \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico

Firma del Paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela (Paziente minorenni o interdetto)

\_\_\_\_\_

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

Essendo stato/a dettagliatamente informato/a circa l'indicazione all'esecuzione dell'agoaspirato, sui vantaggi previsti, e sui rischi connessi alla manovra, essendo stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione, ed avendo avuto il tempo necessario a riflettere, **ACCONSENTO** ad essere sottoposto/a a tale indagine.

Macerata, \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico

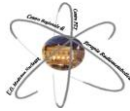
Firma del Paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela (Paziente minorenni o interdetto)

\_\_\_\_\_



**UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE**  
**Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET**

**Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti**

Via S. Lucia,2-62100 MACERATA  
 Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466  
 E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it

Da inviare alla:  
**Segreteria Medicina Nucleare**  
**via mail: zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it**  
**o Fax 0733-257 2805 / 2373.**

**RICHIESTA DI ESAME AGOASPIRATO TIROIDEO ECOGUIDATO**

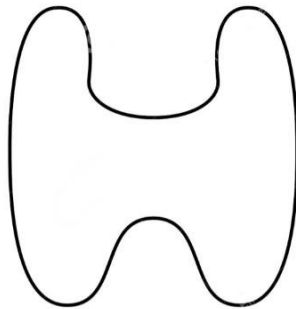
Il presente formulario va compilato in tutte le sue parti allegando obbligatoriamente la documentazione richiesta

**NOME DEL PAZIENTE:**

Data di nascita: ..... Indirizzo: .....  
 Telefono: ..... Cellulare: .....  
 Provenienza: .....  
 Medico referente: ..... Tel.: .....

**QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta)**

SEGNALARE LA SEDE del Nodulo tiroideo o del Linfonodo del collo



**NOTIZIE ANAMNESTICHE:**

.....  
 .....

Claustrofobia: SI/NO Autosufficiente: SI/NO

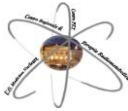
**PESO:** Kg \_\_\_\_\_ **ALTEZZA:** cm \_\_\_\_\_

**DISPOSIZIONI PER SOSPENSIONE TERAPIA ANTICOAGULANTE/ANTIAGGREGANTE**

- Acenocumarolo (**Sintrom**): sospendere 48 ore prima dell'esame; eseguire INR, prima di sottoporsi all'esame (valori INR accettabili <1,5)
- Warfarin (**Coumadin**): sospendere 72 ore prima: eseguire INR, prima di sottoporsi all'esame (valori INR accettabili <1,5)
- Apixaban (**Eliquis**): sospendere 24 ore prima
- Edoxaban (**Lixiana**): sospendere 48 ore prima
- Rivaroxaban (**Xarelto**): sospendere 48 ore prima
- Dabigatran (**Pradaxa**): sospendere 24 ore prima
- Fondaparinux (**Arixtra**): sospendere 24 ore prima
- Eparina Sodica - Calciparina**: sospendere 24 ore prima
- Acido Acetilsalicilico (**Cardioaspirina - Aspirinetta**): non necessaria la sospensione

**ESAMI EMATICI:**

Data .....: TSH: ..... FT3:..... FT4:..... calcitonina.....AbHTG.....AbTPO.....



**UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE**

**Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET**

**Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti**

Via S. Lucia,2-62100 MACERATA  
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466

E-mail [zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it](mailto:zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it)

**Pregressa chirurgia del collo: SI/NO**

**Noduli tiroidei noti: SI/NO**

**ALLEGARE fotocopie di ECOGRAFIA TIROIDEA, TC O RM DEL COLLO**

**TERAPIA IN ATTO:**

.....  
**N.B.: Se il paziente è in trattamento farmacologico con i seguenti anticoagulanti sospendere secondo schema: soprariportato.**

**DOCUMENTI DA PORTARE:**

- E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina Nucleare, con 2 richieste del Medico curante o dello Specialista con riportato:
  - 1) "Ago aspirato ecoguidato nodulo tiroideo" . (Cod. 06.11.2);
  - 1) "Ago aspirato ecoguidato linfonodo del collo" . (Cod. 40.19.1);
  - 2) "Esame citologico nodulo tiroideo". (Cod. 91.39.1)
  - 2) "Esame citologico linfonodo del collo" . (Cod. 91.39.1);
- E' importare portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (Ecografia, Visita Specialistica, Esami di laboratorio)
- E' indispensabile far presente al Medico le terapie farmacologiche in corso

**Il Medico richiedente (timbro e firma)**

**Data:**

.....

.....  
**Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente**