

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA

DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Dichiaro di essere stato informato dal Dott./Prof. _____

in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire la seguente procedura: _____

In relazione alla specifica procedura/proposta mi sono state fornite ulteriori informazioni, tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- Assoluta necessità del digiuno (almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi chiari)
- Adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura
- Indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusioni di sangue o emoderivati
- Eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro _____) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura propostami
- Possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura
- In ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume e illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica o a situazioni particolarmente critiche

ADESIONE ALLA PROCEDURA

☐ **ACCETTO** DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA, COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

☐ **ACCONSENTO** A ESSERE SOTTOPOSTO A SEDAZIONE/ANALGESIA FINALIZZATA A RIDURRE IL DOLORE/FASTIDIO E A FACILITARE L'ESECUZIONE DELL'ESAME

Firma del paziente _____

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore o dell'amministratore di sostegno
per i pazienti che per condizioni cliniche non sono in grado di fornire un consenso informato

Firma dell'eventuale testimone _____

Il sottoscritto Dott./Prof. _____ do atto, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso mostra di aver compreso tutto quanto sopra esposto, dopo adeguata informazione e lettura dell'opuscolo integrativo.

Firma del Medico che ha informato il paziente _____

Luogo, data _____

RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, **NON ACCONSENTO** a sottopormi alla procedura.

Firma del paziente _____

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore o dell'amministratore di sostegno per i pazienti che per condizioni cliniche non sono in grado di fornire un consenso informato

Luogo, data _____

INFORMAZIONI RICHIESTE

Scriva nello spazio sottostante i farmaci che assume regolarmente a domicilio

Farmaci assunti a domicilio:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Per ridurre ulteriormente il rischio di complicanze, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

Assume regolarmente farmaci anticoagulanti o antiaggreganti? ☐ Sì ☐ No

Sa di avere allergie o intolleranza a farmaci? ☐ Sì ☐ No

Soffre di qualche grave malattia? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quale? _____

È portatore di Pacemaker? ☐ Sì ☐ No

È portatore di protesi dentaria mobile? ☐ Sì ☐ No

Firma del paziente _____

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore o dell'amministratore di sostegno per i pazienti che per condizioni cliniche non sono in grado di fornire un consenso informato

Firma del Medico che ha informato il paziente _____

Luogo, data _____