

## 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 \_\_\_\_\_