



Rev.01 - 04/01/2019

CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO ENDOSCOPICO

Emesso Da:

Società: _____ Data: _____
Reparto: _____ Prot.: _____
Sezione: _____

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in _____

dichiaro/a di essere stato informato/a dal prof./dott. _____

in modo chiaro, a me comprensibile, che per il quadro clinico in atto è opportuna l'esecuzione di:

- Procedura endoscopica diagnostica _____
- Procedura endoscopica diagnostica ed eventualmente terapeutica _____
- Procedura endoscopica diagnostica in sedazione profonda _____
- Procedura endoscopica diagnostica in sedazione profonda ed eventualmente terapeutica _____

Dichiaro di essere stato informato sulla qualificazione professionale degli operatori, sull'organizzazione della struttura, sui tempi e sulla modalità di svolgimento dell'esame, nonché sul tipo di anestesia/sedazione cui verrò sottoposto e che tale tecnica concordata potrà essere modificata dall'anestesista o dall'operatore qualora si rendesse necessario.

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati:

- gli obiettivi;
- i benefici;
- gli eventuali rischi/complicanze ed i possibili trattamenti;
- le probabilità di insuccesso
- i trattamenti alternativi.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Sono consapevole che tutti i farmaci necessari per la sedazione/anestesia possono influire sulla mia capacità di guida.

Ciò premesso ACCONSENTO DI SOTTOPORMI ALLA PROCEDURA PROPOSTA

Dichiaro di accettare le tariffe specificate al momento della prenotazione.

Firma del paziente/del tutore _____

Firma del medico _____

Firma dell'anestesista _____

La Direzione