

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI ENDOSCOPICI

Il/la sottoscritto/a _____ acconsente ad essere sottoposto/a al seguente esame diagnostico: _____ essendo stato/a informato/a della natura del suddetto esame, della natura e della problematica che ne motiva l'effettuazione, dei rischi che l'esame comporta e infine, di come l'iter diagnostico e terapeutico si svolgerebbe senza l'ausilio delle informazioni ottenibili mediante l'esame endoscopico stesso.

In particolare, dichiaro di essere stato/a informato/a che l'esame endoscopico richiesto può essere gravato da rare e non prevedibili complicanze che possono insorgere durante l'esame (emorragia, perforazione ect...).

Dichiaro inoltre, di essere stato/a informato/a riguardo al tipo di sedazione cui verrò sottoposto/a e di essere allergico/a ai seguenti farmaci o sostanze:

Ciò premesso acconsento all'esecuzione del suddetto esame diagnostico.

DATA

FIRMA DEL PAZIENTE

DATA

FIRMA DEL MEDICO CHE HA FORNITO L'INFORMATIVA
