



Io sottoscritto/a (*) _____
nato/a il _____

DICHIARO

di essere stato/a informato/a dal Dr. _____ che verrò sottoposto/a alla procedura:

per(diagnosi) _____

Che tale procedura, le sue finalità, i benefici le modalità di esecuzione, i rischi e le complicanze, i possibili problemi relativi alle conseguenze di un eventuale rifiuto mi sono stati illustrati dal Dottor _____ e sono stati da me compresi.

Il medico ha chiarito eventuali dubbi relativi all'indagine e ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti circa l'esame.

Sono informato/a di poter revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

_ **Acconsento**

_ **Non acconsento**

_ Il consenso è avvenuto con intervento di un mediatore/interprete di lingua _____

Stato di gravidanza si no non noto

Allergia al Lattice si no non noto

Firma _____

Firma e matricola del medico _____

Dichiaro/ dichiariamo di **revocare il consenso**

Firma _____

NB. Il consenso dato può essere revocato sino al momento immediatamente precedente l'esecuzione della procedura



CONSENSO INFORMATO

PRESTAZIONE ECO TRANSRETTALE/TRANSVAGINALE

MO 14 - Rev. 01

Si trattiene la seguente documentazione del paziente

- radiografie TAC
- ecografie Esami emotochimici
- RMN Esami funzionali

Firma del ricevente _____