

DIPARTIMENTO CHIRURGICO - U.O.S.V.D. di ENDOSCOPIA – Direttore dott. G. Baldassarre

**CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE DI ESAME ENDOSCOPICO**

(Attenzione: in mancanza di una corretta compilazione l'esame non potrà essere effettuato)

**ESAME** (indicare il tipo di esame): \_\_\_\_\_

Parte a cura del **PAZIENTE**:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Accosento ad essere sottoposto all'esame indicato. Dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame;
- di essere a conoscenza che possono essere effettuate foto o riprese video, sia a scopo documentativo che didattico.

**Sedazione:** acconsento  non acconsento  a essere sedato durante l'esame indicato.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Sottoscrivo che l'informazione riguardante la procedura endoscopica è stata resa secondo le modalità descritte nella procedura aziendale relativa all'acquisizione del consenso informato e che nell'ambito del percorso informativo:

- è stato consegnato materiale informativo
- è stato richiesto l'ausilio di un interprete/mediatore culturale

Firma del **MEDICO ESECUTORE**: \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso sopra espresso.

data \_\_\_\_\_

firma dell'interessato \_\_\_\_\_