



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

DIPARTIMENTO MALATTIE APPARATO DIGERENTE
ENDOSCOPIA DIGESTIVA

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

in qualità di esercente la potestà sul minore

in qualità di tutore del degente

dichiaro di essere informato in modo chiaro e a me comprensibile dal Dott/Prof
che per la patologia riscontratami è opportuna l'esecuzione di:

- ☐ Gastrosopia in sedazione _____
- ☐ Colonscopia in sedazione _____
- ☐ Rettosigmoidoscopia _____
- ☐ CPRE in sedazione _____
- ☐ EUS in sedazione _____
- ☐ Altro _____

Dichiaro di essere stato informato sul tipo di sedazione o anestesia cui verrò eventualmente sottoposto e che tale tecnica concordata potrà essere modificata dall'anestesista, qualora egli lo ritenesse necessario.

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati:

- ☐ gli obiettivi
- ☐ i benefici
- ☐ gli eventuali rischi

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

Ciò premesso, acconsento / non acconsento al trattamento proposto.

Firma leggibile del degente / dell'esercente la patria potestà / del tutore

Firma leggibile del medico curante

Roma, _____