



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

DIPARTIMENTO MALATTIE
APPARATO DIGERENTE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

DICHIARO:

- di aver letto attentamente il modulo di informazione consegnatomi;
- di aver avuto un colloquio con il Dott./la Dott.ssa _____ prima dell'inizio della procedura ricevendo informazioni aggiuntive e chiarimenti ad ogni mio eventuale ulteriore dubbio;
- di aver capito il tipo di procedura cui verrò sottoposto;
- di averne compreso lo scopo, le implicazioni, i rischi e le possibili complicanze e di essere stato altresì edotto che neppure la più accurata diligenza nella esecuzione della procedura può scongiurare in assoluto la possibilità di insorgenza di complicanze;
- di aver compreso che nel corso della colonscopia potrebbero rendersi necessarie, a seconda dei reperti riscontrati nel corso della procedura, talune procedure operative (polipectomia, emostasi, biopsia ecc.);
- di essere stato informato in merito alle alternative possibili alla procedura propostami, alla loro concreta praticabilità nel mio caso, ai vantaggi, ai limiti ed ai rischi di dette alternative ed alle motivazioni per cui mi è stato consigliato il ricorso alla procedura di colonscopia;
- di essere soddisfatto delle informazioni complessivamente ricevute;
- di non avere ulteriori dubbi o richieste di chiarimenti da rivolgere al personale medico.

DICHIARO QUINDI:

di **ACCETTARE**

di **NON ACCETTARE**

di essere sottoposto alla procedura di colonscopia

di **ACCETTARE**

di **NON ACCETTARE**

di essere sottoposto a eventuali procedure operative, ove esse si rendano opportune in relazione alle condizioni indicatemi nel modulo di informazione ed ai reperti riscontrati nel corso delle procedura.

AUTORIZZO inoltre i Sanitari a modificare lo svolgimento della procedura, qualora si rendesse necessario per tutelare la mia salute e la mia integrità fisica, in ragione delle mie condizioni generali, della situazione specifica rilevata e degli imprevisti che potrebbero verificarsi in sede operatoria.

IL PAZIENTE _____

Data _____ Firma _____

IL MEDICO _____

Data _____ Firma _____